

ÉTUDE
SUR
LES FIBROMES
COMPLIQUANT LA GROSSESSE
ET
LEUR TRAITEMENT
—
THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le Mercredi 11 Novembre 1891

PAR

André MARTIN

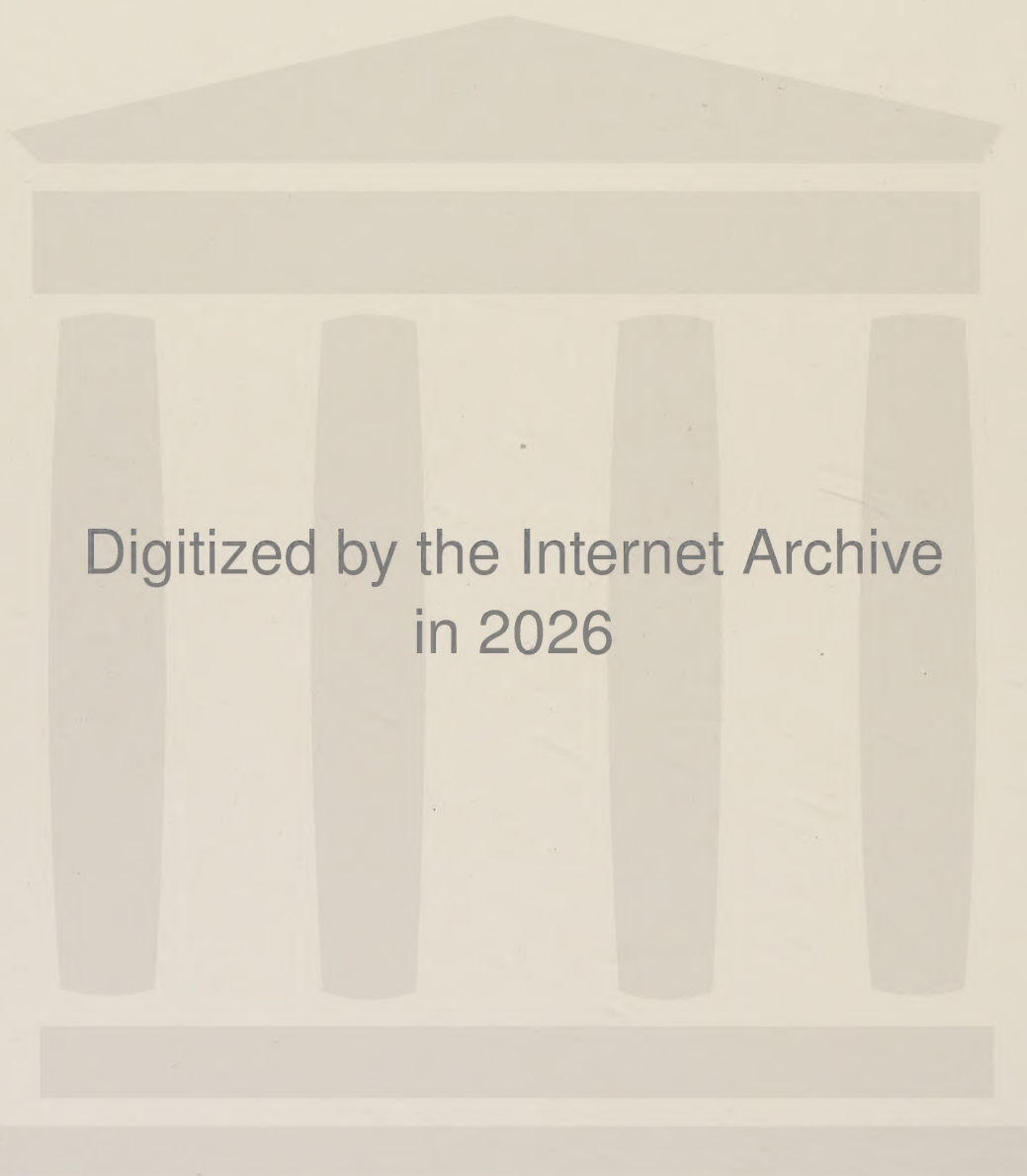
Né le 28 février 1861, à Turckheim (Alsace).

Examineurs: { MM. Herrgott, président.
Chrétien, professeur.
E. Parisot, professeur-adjoint.
Vautrin, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
TYPOGRAPHIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

—
1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555015_0054

ÉTUDE
SUR
LES FIBROMES
COMPLIQUANT LA GROSSESSE
ET
LEUR TRAITEMENT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 11 Novembre 1891

PAR

André MARTIN

Né le 28 février 1861, à Turckheim (Alsace).

Examineurs : { MM. Herrgott, président.
Chrétien, professeur.
E. Parisot, professeur-adjoint.
Vautrin, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
TYPOGRAPHIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.
COZE *, I Q, V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, ROUSSEL *, I Q.
BÉCHET, I Q.

Pathologie gén. et Pathologie interne.....	M. HECHT *, I Q, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I Q, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques.....	M. FELTZ *, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, A Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. E. PARISOT, A Q, professeur-adjoint.
Histoire naturelle médicale.....	M. E. DEMANGE, A Q, professeur.
Matière médicale et Thérapeutique....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Histologie.....	M. SCHMIDT, A Q, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. BARABAN, A Q, professeur.
	M. NICOLAS, A Q, agrégé, ch. du cours.

COURS ANNEXES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A Q, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A Q, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A Q.	MM. NICOLAS, A Q.	MM. REMY.
GUÉRIN.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
RENÉ, A Q.	SIMON, A Q.	

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A Q. Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

CH. MARTIN

LIEUTENANT AU 3^e RÉGIMENT DE TIRAILLEURS ALGÉRIENS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUTRIN

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PRÉFACE

Par la multiplicité de leurs manifestations morbides, par les dangers nombreux auxquels ils exposent la femme qui en est atteinte, les fibromes utérins ont attiré de tout temps l'attention des chirurgiens.

Mais un intérêt nouveau vient s'ajouter à l'étude de cette question si délicate déjà, lorsqu'une grossesse vient à se développer dans un utérus myomateux. Deux existences sont dès lors en jeu, et l'accoucheur fera tous ses efforts, autant que le permettront les circonstances, pour sauvegarder l'existence de la mère et permettre la naissance d'un enfant vivant.

La perfection des procédés opératoires, la confiance que donne au chirurgien la méthode antiseptique, ont permis d'intervenir activement dans les cas où, il y a quelques années encore, toute intervention chirurgicale semblait devoir être repoussée, et les

résultats heureux qui se multiplient de jour en jour encouragent les chirurgiens à continuer leurs recherches sur un sujet si digne de leurs études.

Nous avons cru utile dans ce travail de réunir les observations les plus récentes d'opérations pratiquées sur l'utérus fibromateux gravide, d'étudier les résultats qu'elles ont fournis, pour tâcher, autant que le permettent les faits encore relativement peu nombreux, de tracer la ligne de conduite à suivre.

Nous examinerons dans un premier chapitre les rapports réciproques de la grossesse et des tumeurs fibreuses et les complications produites pendant la gravidité, durant l'accouchement ou dans les suites de couches.

Dans la deuxième partie de notre travail, nous étudierons la conduite à tenir dans le cas de fibromes compliquant la grossesse, en divisant notre étude suivant le siège et le développement de la tumeur.

Nous ferons suivre les différents paragraphes de tableaux d'observations se rapportant aux différents cas que nous avons pu réunir.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner à M. le Professeur A. Herrgott notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et pour l'empressement avec lequel il nous a prodigué

ses conseils et mis à notre disposition les ressources de sa bibliothèque personnelle.

Nous devons acquitter une dette de reconnaissance envers M. le Professeur agrégé Vautrin qui nous a fourni l'idée de notre travail, nous a confié des observations précieuses, et nous a donné de nombreuses marques de sympathie dans le courant de nos études.

Que M. le professeur agrégé Remy, dont les excellents conseils nous ont facilité notre travail, veuille bien accepter nos sincères remerciements.

Merci aussi à notre camarade M. Rosenthal, dont la connaissance de la langue italienne nous a été de la plus grande utilité.

HISTORIQUE

Dans la thèse si remarquable de Lefour, nous trouvons l'histoire des fibromes utérins pendant la grossesse, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Après des observations assez rares depuis Hippocrate jusque vers 1749, Levret a étudié les signes, le diagnostic et le traitement des tumeurs fibreuses, suivi dans ses recherches par tous les accoucheurs du siècle dernier que nous ne pourrions énumérer sans répéter ce qui a été dit dans l'ouvrage si complet dont nous avons parlé.

Lefour fait commencer une ère nouvelle depuis la discussion de 1868 à la Société de chirurgie, pour citer ensuite les travaux de Horvitz, Magdelaine, Tolocznow, Lambert, Susserott, Nauss, Sébilleau, Demarquay et Saint-Vel, Maugiagalli, Gusserow, etc.

Mais depuis cette époque, les progrès de la chirurgie moderne ont permis de légitimer des interventions que ne semblaient pas autoriser les premiers insuccès et d'étendre le cadre des opérations sur l'utérus gravide.

Depuis la thèse de Lefour qui étudie avec le plus grand soin la question des rapports de la grossesse et des fibromes, leur constitution anatomique, leurs manifestations pathologiques, nous trouvons dans la littérature une série de travaux sur le sujet qui nous occupe.

Chabazian (*Thèse de Paris*, 1882), donne une étude très intéressante sur les fibromes du col de l'utérus. Dans les *Archives de Tocologie*, 1883, Doléris publie une série de recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur ces tumeurs et leurs modifications pendant la grossesse.

Meyer (*Inaug. Diss.*, Zurich, 1887), rapporte un certain nombre de cas tirés de la clinique de Frankenhauser, qu'il fait suivre de recherches sur les tumeurs fibreuses durant la grossesse et l'accouchement et leur traitement.

Vautrin (*Th. agré.*, Paris, 1886,) dans son travail si riche en documents sur le traitement des myomes utérins, consacre un chapitre spécial aux fibromes compliquant la grossesse et fournit la statistique des opérations pratiquées jusqu'alors sur l'utérus myomateux gravide.

Nous citerons vers la même époque les travaux de Langner (*Die myomotomie am schwangeren uterus*, Berl. Klin. Wochenschrift, 1886), la thèse inaugurale de Flammerdinghe (Wurtzbourg, 1887), les recherches de Philipps (*Brit. méd. journal*, 1889).

A l'occasion d'un cas de polype utérin, confondu avec une inversion utérine, M. le professeur Herrgott, dans sa contribution à l'étude des polypes du col, traite des modifications de ces tumeurs pendant la grossesse et particulièrement des causes d'erreurs de diagnostic (*Ann. de Gyn.*, 1889).

Saladin, *Thèse*, Nancy, 1889, étudie les polypes utérins, avant, pendant et après l'accouchement.

On consultera avec fruit le travail de Pestalozza (*Th. inaug.*, Pavie, 1890), qui renferme des recherches anatomopathologiques sur les modifications que les fibromes occasionnent dans toute la sphère génitale, et donne des statistiques complètes sur les différents modes d'intervention.

Sécheyron, dans son *Traité d'hystérectomie vaginale*, insiste sur le traitement des tumeurs à évolution intra-vaginale pendant la grossesse.

L'intervention opératoire est étudiée par L. Landau, dans une monographie récente (*Sammlung. Klin. Vortrage*, mai 1891).

Enfin, tout récemment, Zaborowski (*Th.*, Paris, 1891), étudie différents cas d'ablation de myomes pédiculés pendant la grossesse et apporte dans une observation inédite de M. Terrier, un cas heureux à ajouter à la liste des interventions chirurgicales qui n'arrêtent pas le cours de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

Rapports des Fibromes avec la Grossesse

A. — Des fibromes comme cause de stérilité.

Nous lisons dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (1): « Pour que la grossesse se produise, il faut que l'ovule et le spermatozoïde se rencontrent dans des conditions déterminées, tous deux ayant conservé leur activité propre, et que l'œuf fécondé trouve un terrain favorable à sa nutrition et à son développement. »

Il faut donc que les deux éléments aient et conservent leur vitalité dans leur progression à travers les

(1) *Dict. des sciences méd.* — Art. *Stérilité*.

organes de la génération. Quand leur fusion s'est produite, ils doivent s'implanter sur une portion de la muqueuse utérine et c'est de l'état de cette muqueuse que dépendra leur évolution ultérieure.

Dans l'organe génital de la femme, dont l'utérus est atteint de myomes, nous ne trouvons pas toujours toutes les conditions indispensables à la marche du spermatozoïde, à l'éclosion de l'œuf, à la rencontre de ces deux éléments et à leur implantation sur l'utérus.

Suivons d'abord l'élément mâle : projeté contre le col, il pourra rencontrer des obstacles sérieux à ce niveau ; sa pénétration dans la cavité utérine pourra être empêchée par les déviations de l'organe que produisent fréquemment les fibromes : l'orifice du col peut être modifié dans sa forme ou oblitéré entièrement par la présence des néoplasmes. S'il arrive à pénétrer dans la matrice, il se trouvera fréquemment dans un organe dont la muqueuse est altérée, et dont les sécrétions compromettront sa vitalité ; la route qu'il doit suivre est rendue difficile par la présence de tumeurs fibreuses qui peuvent même remplir toute la cavité. Le fibrome peut siéger au niveau de l'aboutissement de la trompe, en oblitérer l'orifice, ou bien encore la pression exercée par une tumeur à évolution abdominale peut, en adossant complètement les parois du canal tubaire, rendre impossible la progression du spermatozoïde.

Les inflammations péri-utérines produisent parfois des adhérences qui peuvent amener des inflexions angulaires de la trompe avec hydro-salpingite qui créeront un nouvel obstacle.

Quant à l'ovule, des poussées de péritonite localisée

amenant une altération dans la structure de la glande ovarique, avec dégénérescence kystique des follicules de De Graefe peuvent l'empêcher de naître ou modifier sa vitalité.

Pestalozza cite une observation de Cuzzi où l'on fit l'examen au microscope des ovaires enlevés à une femme atteinte de fibromes. Il fut impossible de trouver la moindre trace d'ovules ou de follicules : dans plusieurs observations rapportées par le même auteur, on constata une ovarite chronique avec dégénérescence kystique des follicules.

Hofmeier (1) a constaté que les ovaires enlevés par castration pour corps fibreux étaient ratatinés ; dans quelques cas, le nombre des follicules était considérablement diminué, dans d'autres il n'y avait plus trace d'ovulation.

Bulius (2), après avoir examiné 50 ovaires, arrive aux conclusions suivantes :

- 1° Les ovaires sont altérés dans le cas de fibromes.
- 2° Le stroma est épaissi.
- 3° Les vaisseaux sont altérés.
- 4° Les follicules présentent une dégénérescence kystique.
- 5° Les follicules primordiaux disparaissent.

Ces inflammations peuvent, en laissant à leur suite des adhérences, altérer les rapports du pavillon de

(1) *Archiv. für Gynaek.*, 1891, 4° B., 2 H., p. 333.

(2) *Ibidem*, p. 339.

la trompe et de l'ovaire et gêner la progression normale de l'ovule.

L'ascite, complication si fréquente des fibromes, peut également faire suivre à l'ovule un chemin anormal. La muqueuse tubaire s'altère, et si l'ovule parvient jusqu'à elle, la destruction des cils vibratils lui enlèvera ses moyens de locomotion.

Le spermatozoïde, grâce à ses mouvements propres, peut arriver à contourner parfois les obstacles rencontrés sur sa route, et la fusion des deux éléments se produit. Mais l'ovule fécondé pourra être retenu dans la trompe ou tomber dans la cavité péritonéale, et il se produira une grossesse extra-utérine.

Lefour (1), qui donne à l'appui de ses assertions des statistiques nombreuses, n'en fournit pas au sujet des grossesses extra-utérines. Il cite des cas concluants dans lesquels le fibrome était la cause incontestable de la grossesse anormale. Le cas de Stoltz (2) est des plus instructifs : la grossesse tubaire trouve une explication facile dans la présence d'un fibrome sous-muqueux effaçant la cavité utérine entière et oblitérant l'orifice interne des trompes. Dans le cas de Harley (3), l'utérus contient plusieurs fibromes, dont l'un, volumineux, était appliqué contre l'orifice de la trompe gauche, dans laquelle l'œuf se développa. Doléris (4) pratiqua, le 9 mai 1890, l'hystérectomie

(1) *Thèse* agrégation, Paris, 1880.

(2) *Thèse* de Roth, Strasbourg, 1844, p. 4.

(3) *The Lancet*, 1845, p. 430.

(4) *Nouv. Arch. d'obstét.*, 25 juin 1891, p. 328.

chez une femme atteinte d'un myôme du volume de deux poings compliqué de grossesse tubaire.

D'autres cas non moins concluants sont cités dans la science : ce sont ceux d'Allport, de Conradi, de Breslau, de Léopold (in Lefour, loc. cit). Il peut se faire que l'œuf fécondé arrive dans l'utérus : la muqueuse peut être altérée profondément dans sa structure par la présence des myômes, et l'œuf ne trouvera pas les éléments de nutrition nécessaires à son évolution. Si l'ovule se greffe sur la muqueuse, il n'est pas indifférent de savoir où se fera son implantation. On sait que, normalement, il s'applique dans le fond de l'utérus : c'est là que se développe le placenta ; l'insertion vicieuse du placenta, par les accidents redoutables qu'elle occasionne pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, constitue un danger continuel pour la vie de l'enfant et de la mère. Cette implantation vicieuse est causée fréquemment, comme la statistique le démontre, par la présence des fibromes. Nauss (1) réunit 241 cas de grossesse compliquée de fibromes, parmi lesquels il a noté 5 fois l'insertion vicieuse du placenta, c'est-à-dire $\frac{1}{48}$. Lefour (2) trouve 15 fois cette anomalie sur 307 cas, c'est-à-dire $\frac{1}{23}$.

La proportion de l'insertion vicieuse du placenta dans les accouchements non compliqués de fibromes varie, suivant les auteurs, de $\frac{1}{1564}$ (Schwartz) à $\frac{1}{242}$ (Clinique d'accouchements de Paris) et $\frac{1}{250}$ (Maternité de

(1) *Inaug. diss.*, Halle, 1872.

(2) *Loc. cit.*

Nancy) (Remy, cours d'accouchement professé à la Faculté de Nancy). Ces chiffres indiquent nettement l'influence du fibrome sur l'insertion vicieuse. L'explication de ce fait a été fournie par Wyder (1) Les tumeurs fibreuses amènent dans l'utérus des modifications plus ou moins accusées : ses parois s'hypertrophient, la muqueuse s'épaissit, les sécrétions deviennent plus abondantes, les vaisseaux dilatés et ramollis se rompent plus facilement et sont la source d'hémorrhagies fréquentes : l'œuf, arrivé dans la cavité utérine, lorsque ses villosités choriales cherchent à prendre racine, est entraîné par ces liquides et s'implante sur la partie inférieure de l'utérus.

Quel que soit le point d'insertion de l'œuf, lorsque la tumeur est sous-muqueuse, le placenta, en se développant, peut s'implanter en partie sur du tissu utérin sain, en partie sur la muqueuse recouvrant le fibrome, car, dans certains cas, l'existence du néoplasme ne modifie pas la muqueuse d'une façon assez intense pour empêcher l'œuf de contracter des rapports avec elle. Lefour se demande même si, parfois, la congestion dont la muqueuse est le siège au niveau de la tumeur, ne pourrait pas expliquer la localisation de l'ovule en ce point. On a noté, en effet, des insertions complètes du placenta sur les fibromes.

L'avortement si fréquent dans la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses, est surtout attribué à l'hémorrhagie, aux contractions utérines prématurées

(1) *Arch. für Gynaek.*, 1887, XXIX, H. 1., p. 1.

et au défaut d'extensibilité des parois de la matrice. Le volume du myome qui dans certains cas empêche le développement de l'utérus peut ne pas interrompre la grossesse ; Lefour cite quelques exemples très nets de tumeurs volumineuses avec lesquels la grossesse arriva à terme ; mais il n'en est pas toujours ainsi et nous trouvons parmi les causes de l'avortement à répétition citées par M. le Dr Schuhl (1), les tumeurs fibreuses.

L'hémorrhagie est une des causes les plus fréquentes de la fausse couche ; elle décolle le placenta, tue le fœtus en lui enlevant ses moyens de nutrition et le sang extravasé provoque par son irritation sur la face interne de l'utérus des contractions prématurées. Lefour a relevé 31 cas d'hémorrhagies sur les 227 cas qui servent de base à sa statistique et 16 fois la grossesse se termina par avortement ou par accouchement prématuré. Ordinairement c'est aux époques correspondant à l'écoulement menstruel que se produisent les hémorrhagies ; dans la grossesse normale au moment de la menstruation il existe une congestion plus intense de la muqueuse utérine ; cet apport sanguin se produit d'une façon beaucoup plus appréciable à cause de l'irritation due au fibrome. Le fait est démontré par des observations. Le Dr Larcher (2) en cite un cas dans lequel un polype fibreux faisait son apparition tous les mois au niveau du col au moment de

(1) Schuhl, *De l'avortement à répétition*, *Ann. de Gyn.*, 1891.

(2) Communication à la Société de médecine, 13 nov. 1875.

l'époque menstruelle : il put extirper la tumeur et atteindre le terme normal de la grossesse. Pour expliquer encore le mécanisme des ruptures vasculaires, il faut songer aux contractions qui se produisent dans l'utérus pendant la gestation. Existe-t-il un fibrome et le placenta est-il inséré en partie sur la tumeur et en partie sur la muqueuse utérine, l'équilibre de ces contractions sera rompu, des tiraillements se produiront ; le décollement placentaire en sera la conséquence, entraînant l'hémorrhagie et l'avortement.

L'avortement, d'après certains auteurs, peut être causé par un défaut d'extensibilité du tissu utérin dans le cas du fibroïdes. Lefour cependant combat cette assertion en citant l'exemple de grossesses gémellaires compliquées de fibromes et évoluant normalement. Cette cause, dit-il, pourrait être invoquée seulement dans le cas où les fibromes ont leur siège dans l'épaisseur des parois utérines et cependant il cite le cas de Mangiagalli (1) où une grossesse gémellaire était arrivée à terme malgré un petit fibrome sous-muqueux, ne dépassant pas, il est vrai, la grosseur d'une noix. Un fait plus concluant est celui de Chowne (2). La tumeur était développée dans la paroi postérieure de l'utérus : elle s'était calcifiée et la grossesse gémellaire, malgré le peu d'extensibilité à laquelle devait se prêter cette humeur calcifiée, avait eu une évolution normale. Delore (3) et Bar (4) nous donnent deux autres exemples de grossesse gémellaire. Le fibrome

(1, 2, 3, 4) Lefour, *loc. cit.*, p. 116.

cité par Delore n'avait, il est vrai, que le volume d'une cerise et s'insérait sur la paroi antérieure de l'utérus. L'accouchement dans le cas de Bar fut difficile, mais la grossesse avait évolué normalement et la femme ayant succombé par septicémie, l'autopsie montra l'existence d'une tumeur fibreuse sous-péritonéale du volume d'une grosse noix. Clara Russ (1) cite un cas où un fibrome volumineux du col n'interrompt pas une grossesse double. Caneva (2) vit une grossesse gémellaire arriver à terme chez une femme dont l'utérus présentait 8 fibromes plus ou moins volumineux disséminés dans l'épaisseur de ses parois.

Mérédith [39*] rapporte une observation de grossesse gémellaire où il fut obligé de faire la myomotomie.

M. Clintock (3) raconte même l'histoire d'une grossesse trigémellaire qui ne fut pas interrompue par un fibrome interstitiel de 7 pouces de long et de 2 pouces et demi d'épaisseur : ce fait démontre le peu de cas que l'on doit faire de l'inextensibilité utérine. D'autres observations dans lesquelles l'hydramnios complique la grossesse en même temps que le fibrome, conduisent aux mêmes résultats : un cas rapporté par Mangiagalli (4), un autre de Lee (5) en sont la preuve.

Ne devons-nous pas admettre plutôt que, grâce à l'action de la grossesse sur la tumeur, celle-ci s'as-

(1) *Arch. für Gynack*, XXXV, p. 455.

(2) *Thèse*, Pestalozza.

(3) M. Clintock : *Clinical memoirs*. Dublin, 1863, p. 116.

(4 et 5) Lefour, p. 110.

(*) Les numéros placés entre crochets répondent à ceux des tableaux d'observations.

souplit, s'aplatit même d'après le professeur Depaul et suit la distension de l'utérus tout entier ?

Dans certains cas, la grossesse peut être interrompue à une époque où le fœtus est viable et il se produit un accouchement prématuré qui présente moins de dangers pour la mère, mais l'existence de l'enfant est toujours aléatoire. Les statistiques montrent qu'il est moins fréquent que l'avortement. Lefour note $\frac{1}{9.86}$ d'accouchements prématurés. Sur les 23 cas qu'il rapporte, 8 eurent lieu du 7^e au 8^e mois, et 11 du 8^e au 9^e mois : dans les 5 autres cas, l'époque de l'expulsion n'est pas indiquée.

B. — *Influence de la grossesse sur les fibromes.*

Après la fécondation, il se produit dans l'utérus des modifications importantes parmi lesquelles il faut citer la vascularisation intense, l'hyperplasie et l'hypertrophie des fibres musculaires.

La tumeur fibreuse, anatomiquement, est constituée de fibres musculaires analogues à celle de l'utérus et de tissu fibreux : on les a divisées en plusieurs catégories, suivant que le tissu musculaire y existe en moindre quantité, en quantité égale ou en quantité supérieure que le tissu fibreux. Le fibrome lui-même a des connexions intimes avec la matrice, et il est naturel, dans ces conditions, qu'au moment de la grossesse la tumeur subisse les mêmes modifications que l'utérus lui-même, c'est-à-dire dilatation vascu-

laire et hypertrophie. Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de cette augmentation de volume, quelques-uns la nient même complètement.

Cette divergence d'opinions est facile à saisir si nous nous reportons à ce qui vient d'être dit ; le tissu musculaire s'hyperplasia d'une façon notable : si donc le fibrome contient du tissu fibreux en quantité supérieure au tissu musculaire, il ne subira pas de modification notable, mais il pourra augmenter de volume et parfois très rapidement quand le tissu musculaire existera en grande quantité.

Le signe clinique de cette modification sera l'augmentation de volume et l'assouplissement de la tumeur.

Depaul (1) a démontré que l'hypertrophie et l'assouplissement qui se produisent dans les tumeurs fibreuses pendant la gestation sont purement physiologiques et sous la dépendance intime de la grossesse, contrairement à l'opinion d'autres auteurs qui, avec Ashwell, considéraient ces phénomènes comme de nature pathologique.

Dolérís (2) a cité une transformation colloïde ou myxomateuse de la tumeur pendant la grossesse.

C.— *Complications.*

Nous ne reviendrons pas sur les hémorrhagies cau-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1868.

(2) *Archives de Tocologie*, 1883, février, p. 75.

sant l'avortement ou l'accouchement prématuré. Si nous voulons étudier les complications survenant pendant la grossesse, il suffit de tenir compte des organes contenus dans le bassin et des effets mécaniques dus à la compression de ces organes par le double fait du produit pathologique et de l'utérus gravide.

Les accidents les plus fréquents sont dus à la compression des organes urinaires et du rectum : suivant que cette compression s'exercera sur l'urèthre, la vessie, les uretères, nous verrons se produire la rétention d'urine, les envies fréquentes d'uriner, la dilatation des uretères avec hydronéphrose, ou même des accidents urémiques. On a noté également l'albuminurie mécanique (Chiara) (1). L'œdème des membres inférieurs peut se compliquer d'éclampsie au moment de l'accouchement; la pyélite et les abcès des reins ont été observés (Hall Davis) (2).

Le siège de la tumeur aura une influence manifeste sur la production des complications. Il est aisé de comprendre qu'un fibrome siégeant sur les parties latérales de l'utérus, pourra se loger plus facilement dans le bassin : il n'en sera plus de même, si la tumeur est implantée sur la paroi postérieure où les parties dures du squelette mettront obstacle à son développement : la contractilité de l'utérus pourra être mise en jeu par le fait de la compression, et parfois, l'ex-

(1) *Gaz. del Clin.*, Milan, 1869, cité par Lefour, p. 201.

(2) *Obst. Transact.*, London, 1867.

pulsion prématurée du fœtus en sera la conséquence. A la partie antérieure, si la tumeur siège sur le segment inférieur, son développement sera limité par le pubis et il en résultera ces accidents de compression de l'urèthre et de la vessie sur lesquels nous avons insisté.

La compression du rectum est produite par les tumeurs enclavées dans le petit bassin ou maintenues par des adhérences : elle provoque une gêne considérable dans le cours des matières fécales : Nélaton (1) cite un cas où le rectum était tellement aplati que l'introduction d'une sonde était impossible : on comprendra facilement l'influence de cette complication sur l'état général de la malade. Depaul, cité par Lefour, parvint à guérir, en provoquant l'avortement, une femme atteinte de dysurie à la suite de la présence d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine.

Dans le petit bassin, nous trouvons les nerfs se rendant aux membres inférieurs, leur compression provoque des douleurs parfois intolérables pouvant compromettre la santé et la vie des malades.

Le professeur Tarnier (2) cite un cas où d'horribles douleurs étaient compliquées d'envies d'uriner incessantes : la provocation artificielle de l'accouchement en vint à bout.

Les veines peuvent être comprimées et produire des varices et de l'œdème des membres inférieurs, des hémorroïdes, des ruptures vasculaires au niveau

(1) Lefour, *loc. cit.*, p. 202.

(2) Tarnier, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1869, p. 60.

du col, des varices au niveau des parties génitales externes; la phlébite a été observée plus rarement.

La tumeur elle-même peut se modifier : Cappie (cité par Vautrin), rapporte un cas de torsion du pédicule de la tumeur après un avortement; la femme succomba à une péritonite. Cette torsion peut porter sur l'utérus lui-même et gêner son évolution ultérieure.

La rétroversion a été signalée par divers auteurs (Simpson, Lorimer, Depaul, etc.). Pestalozza (1) en rapporte 13 cas. Le mécanisme de la rétroversion est variable; elle peut être produite par le poids même du fibrome siégeant à la paroi postérieure et faisant basculer l'utérus, ou bien par la pression exercée par une tumeur de la paroi antérieure qui, en se développant, refoule en arrière le corps de l'organe.

Pestalozza cite un cas très intéressant d'une tumeur fibreuse du fond de l'utérus ayant fait basculer la matrice pour venir se loger dans le cul-de-sac de Douglas : la tumeur se réduisit spontanément au neuvième mois de la grossesse.

Durhsen (2) rapporte une observation de rétroversion partielle ou plutôt de dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus.

Dans l'observation de Vautrin que nous citons plus loin, la rétroversion était due à la pression de la tumeur siégeant à la paroi antérieure. L'antéversion n'a été citée que rarement (Chiara).

(1) *Thèse*, Pavie, 1890.

(2) *Centr. für Gyn.*, 1889, n° 51, p. 881.

La latéroversion est observée rarement, surtout à la fin de la grossesse ; l'utérus et le fibrome peuvent plus facilement se développer dans la fosse iliaque : nous en trouvons un exemple dans une communication qu'a bien voulu nous faire M. le professeur agrégé Remy et qui se rapporte à une femme qui accoucha à la Maternité de Nancy.

« Au quatrième mois de la deuxième grossesse, » cette femme se présenta à la consultation de la » Maternité. Je constate que la tumeur fibreuse est » volumineuse et qu'elle couvre le détroit supérieur ; » le col est reporté contre l'os iliaque droit. La tumeur » étant à ce moment plus considérable que l'utérus » gravide avait pris sa place sur le détroit supérieur. » Quand cette femme revint à terme pour accoucher, » la tumeur s'était reportée vers la fosse iliaque gauche » et l'utérus gravide avait repris ses droits, c'est-à- » dire avait repris sa place au détroit supérieur, qui » restait ainsi parfaitement libre pour livrer passage » au produit de la conception. »

Il est certain qu'à la suite de la compression exercée par le fibrome, il peut se produire des troubles de circulation du côté du péritoine avec ascite, comme on l'a observé fréquemment (Cataliotti [54], Langenbuch [8], Terrier [22], etc.).

La péritonite est une complication qui peut survenir rapidement ou par poussées successives.

Worship (1) en cite un cas où le fœtus n'avait pas

(1) *Obst. Transact.*, 1873, cité par Meyer, *Thèse*, Zurich, 1887, p. 43.

été expulsé : la mort survint au sixième mois de la grossesse. Varnier (1) rapporte une observation de développement rapide d'une tumeur qui, ignorée avant la grossesse, atteignit, dans les premiers mois de la gestation, un poids de 3,720 grammes et amena la mort à la suite de deux poussées successives de péritonite.

D'après Mangiagalli et Lée (2), la présence de fibromes peut être la cause de l'hydramnios. Il peut se produire des troubles respiratoires, de la dyspnée quand la tumeur atteint un volume considérable.

Dans certains cas, on a noté de la céphalalgie, des vertiges, des palpitations et une teinte d'une pâleur spéciale se rapprochant du facies chloro-anémique.

Pendant l'accouchement, nous pouvons considérer l'influence des fibromes utérins sur la présentation, sur les contractions utérines et sur la filière pelvienne.

Et tout d'abord cette influence sera variable avec le siège de la tumeur : celles qui sont implantées sur le fond de la matrice n'exerceront pas une influence directe sur l'expulsion du produit de la conception : elles pourront modifier les contractions utérines et l'involution de la matrice, mais n'empêcheront pas la délivrance ; il n'en sera pas de même des tumeurs siégeant sur le segment inférieur ou le col. Celles-ci, en effet, peuvent par leur volume obstruer complètement la filière pelvienne et si, dans certains cas, l'as-

(1) *Annales de Gynéc.*, juillet 1886, p. 19.

(2) In Lefour, *loc. cit.*

souplissement de la tumeur permet l'extraction de l'enfant par la version ou le forceps, il en est d'autres où, comme nous le verrons plus loin, une opération sanglante deviendra indispensable.

La présence du fibrome a une influence notable sur la présentation de l'enfant.

Si nous considérons les statistiques des présentations dans les accouchements normaux, nous trouverons environ :

95 0/0	présentations du sommet.
4 0/0	— du siège.
1 0/0	— du tronc.

Dans les grossesses compliquées de fibromes, les statistiques varient entre :

50 et 58 0/0	présentations du sommet.
23 et 32 0/0	— du siège.
16 et 20 0/0	— du tronc.

Il est facile de voir, d'après ces chiffres, quelle est la fréquence des positions anormales.

Les contractions de l'utérus seront modifiées par la présence des myômes, surtout s'ils siègent dans l'épaisseur des parois : leur volume, leur nombre modifiera les forces d'expulsion. On a remarqué que les contractions seront aussi puissantes que dans les accouchements normaux, mais leur régularité, nécessaire à la marche de l'expulsion, pourra faire défaut.

On a noté également, dans certains cas, des modifications pendant la période de dilatation ; celle-ci

était rendue complètement impossible dans le cas de Parish (77), par l'existence de 3 fibromes siégeant au niveau de l'orifice interne, et l'opération césarienne dut être pratiquée.

Nous mentionnerons parmi les complications dues aux fibroïdes la rupture prématurée des membranes et la procidence du cordon, qui peuvent avoir les plus graves conséquences sur la vie de l'enfant.

Dans certains cas même, l'utérus se contractant énergiquement contre un obstacle invincible, on a vu se produire la rupture de l'organe.

L'accouchement pourra être facilité par l'ascension de la tumeur sous l'influence de la dilatation de l'orifice interne ou de l'effacement du col : dans certains cas, l'écoulement du liquide amniotique entraîne le raccourcissement de la matrice : mais souvent aussi l'intervention directe de l'accoucheur est nécessaire, et l'extraction de l'enfant ne pourra être obtenue que par des manœuvres obstétricales ou une opération sanglante.

Après l'accouchement, divers accidents peuvent se produire ; nous ne ferons que citer la rétention du placenta avec danger de septicémie, les hémorrhagies parfois foudroyantes dues à la rétraction insuffisante de l'utérus, surtout dans le cas de tumeurs nombreuses ou interstitielles. C'est la crainte d'une hémorrhagie par inertie qui poussa, dans le cas que nous citons plus loin, M. le Professeur Herrgott à suturer l'utérus à la paroi abdominale, en laissant le placenta adhérent dans la matrice ; il put, grâce à une antisepsie rigoureuse, éviter la septicémie et retirer le placenta par fragments.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette rapide énumération de complications possibles, ces accidents produits par la présence des fibromes ayant déjà été l'objet d'études très complètes dans les diverses monographies dont il a été fait mention.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Se trouvant en présence d'une femme atteinte de myomes utérins, le médecin devra toujours la prévenir des dangers auxquels l'exposerait une grossesse. Malgré la grande responsabilité qu'il assumera, il lui conseillera le célibat. Mais bien des corps fibreux restent inaperçus et pour la femme et pour l'homme de l'art et souvent ils n'accuseront leur présence que sous l'influence de l'évolution d'une grossesse.

Le diagnostic de fibromes existant sur un utérin gravide, étant posé, que devra-t-on faire?

Posons immédiatement en principe que les tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, n'exigent pas une intervention par le seul fait de leur présence, quel que soit leur siège ou leur volume. Nous voyons dans la littérature, des cas nombreux de grossesses arri-

vant à terme, sans danger ni pour la mère, ni pour l'enfant pendant tout le temps de la gestation, la délivrance se faisant normalement ou aidée seulement par des manœuvres obstétricales relativement bénignes. Pendant l'accouchement, beaucoup de tumeurs sont attirées en haut, et ne gênent pas le travail. Meyer (1) dans sa thèse inaugurale, en cite plusieurs cas ; nous en trouvons d'autres chez tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Sur les indications de M. le professeur agrégé Remy, nous avons trouvé dans les archives de la Maternité de Nancy, l'observation d'une femme qui portait une tumeur fibreuse volumineuse de la paroi latérale droite de l'utérus. Une première grossesse évolua normalement, mais l'on dut appliquer le forceps pour hâter la délivrance à cause de la lenteur du travail. Redevenue enceinte, deux ans après, cette femme accoucha normalement et rapidement, sans aucune intervention. Un mois après, la tumeur présentait encore un diamètre vertical de 11 centimètres, et un diamètre transversal de 10 centimètres.

Récemment notre ami M. Blaise, interne des hôpitaux, assista à un accouchement chez une femme de 45 ans dont l'utérus présentait, à sa face antérieure, un fibrome de volume considérable ; l'accouchement se fit normalement, malgré le volume de la tumeur qui en avait imposé à la sage-femme pour une grossesse gémellaire.

(1) *Thèse*, Zurich, 1887.

En outre cette infiltration œdémateuse dont parle Doléris (1), cet assouplissement de la tumeur sur lequel insiste Lefour, ne peuvent-ils pas contribuer à l'aplatissement (Pajot) du fibrome pendant la grossesse et laisser libre la filière pelvienne au moment de l'accouchement ?

Il n'y aura indication d'intervenir pendant la gestation que s'il se produit des complications graves dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. Il est certain qu'une femme atteinte d'hémorrhagies fréquentes, d'anurie, de constipation opiniâtre, de douleurs intenses ou d'œdème des membres inférieurs, de suffocation, est exposée à une expulsion prématurée du fœtus, ou bien son état général peut s'aggraver et mettre sa vie même en danger. C'est donc autant dans l'intérêt de la vie de la mère que de l'existence de l'enfant qu'une opération deviendra nécessaire.

Pour les douleurs d'intensité moindre, surtout si elles se produisent au début de la grossesse, le médecin devra rechercher si elles ne sont pas dues à la gravidité seule, et dans ce cas une médication bien dirigée pourra en avoir raison. Mais une surveillance de chaque instant est nécessaire et s'il est vrai que plus on attendra pour intervenir chirurgicalement et plus les chances de guérison pour la mère et de vie pour l'enfant seront sauvegardées, il n'en est pas moins vrai que l'opération pourra dans certains

(1) *Arch. de Tocologie*, 1883.

cas être plus heureuse dès l'apparition des premiers symptômes graves, que si on laisse la femme s'affaiblir, consolée par une médication stérile. Nous en trouvons la preuve dans l'observation de Thornton [2] où la femme, au dire de l'auteur, n'était qu'un squelette au mois de décembre 1878, et l'opération à laquelle succomba la patiente, n'eut lieu que le 22 mai 1879. Une autre observation de Martin [11] nous montre une femme dont la mort fut causée à la suite de l'opération par des troubles rénaux graves.

L'intervention pourra parfois se limiter à quelques pratiques non sanglantes. Les deux tumeurs peuvent être enclavées dans le petit bassin et gêner leur évolution réciproque. Si, par des essais de refoulement ou de désenclavement on peut repousser le myome, on permettra ainsi à l'utérus de trouver la place nécessaire à son développement, et l'opération sanglante pourra être retardée ou même devenir inutile; on cherchera ainsi à imiter la nature qui, par ses seules forces, produit parfois l'ascension de la tumeur. Le désenclavement pourra être tenté au moyen de tampons introduits dans le vagin, ou bien par la main directement appliquée sous la tumeur par la voie vaginale. On a obtenu de bons résultats en faisant garder à la femme pendant plusieurs heures par jour, la position génu-pectorale.

Mais, si ces moyens restent sans résultats, ou bien si, pour une raison ou pour une autre, ils ne sont pas applicables, l'opérateur pourra choisir suivant les cas, entre divers modes d'intervention.

Il pourra : 1° supprimer la grossesse.

— 2° supprimer la tumeur.

Il pourra : 3° supprimer à la fois la tumeur et l'utérus gravide.

En d'autres termes, il pourra 1° provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, ou pratiquer l'opération césarienne ; 2° faire la myomotomie ; 3° l'hystéro-myomotomie.

L'évolution des tumeurs fibreuses et leur influence sur la grossesse variant leur point d'implantation, il nous semble logique de discuter les différents modes d'intervention suivant le siège du fibroïde.

Dans sa *Thèse d'agrégation*, Vautrin divise ces tumeurs en myomes à évolution abdominale et myomes à évolution pelvienne : nous suivrons le même ordre dans notre étude.

I. — MYOMES A ÉVOLUTION ABDOMINALE.

Ces myomes peuvent être sous-séreux ou interstitiels.

Ils sont sous-séreux quand ils se développent immédiatement sous le péritoine, et peuvent être rattachés à l'utérus par un pédicule de volume ou de longueur variables, ou être appliqués immédiatement à la surface de l'organe ; on les a divisés d'après cela en tumeurs pédiculées ou sessiles.

Les myomes interstitiels ou intra-muraux se développent soit dans le fond, soit dans l'une des parois de l'utérus, prenant naissance au milieu des fibres musculaires et séparées du péritoine aussi bien que

de la muqueuse utérine par une couche musculaire plus ou moins épaisse ; ceux-ci ne peuvent naturellement être pédiculés.

Les tumeurs sous-séreuses à pédicule développé sont, de l'avis de tous les auteurs, susceptibles d'être enlevées par myomotomie. Mais avant d'entrer dans plus de détails au sujet de ce mode d'intervention, il nous semble nécessaire d'exposer la question de l'avortement provoqué ou de l'accouchement prématuré, car, quel que soit le siège de la tumeur, quelle que soit l'opération chirurgicale indiquée, on se trouvera en présence de deux méthodes : opération sur la mère, ou expulsion de l'enfant.

Verneuil (1) dit avec raison que pour trancher la question, il est indispensable de connaître au juste le pronostic des opérations pratiquées pendant la grossesse et de voir si ces opérations sont moins graves que l'avortement. Mais il est bien difficile de faire une statistique : il faudrait comparer les résultats de l'avortement provoqué pour les différentes raisons acceptées en obstétrique à ceux que donne l'interruption de la grossesse pour les fibromes, et comparer les statistiques obtenues avec celles, encore peu nombreuses, il est vrai, mais de jour en jour meilleures, des opérations chirurgicales pratiquées sur la sphère génitale pendant la grossesse. La question pourrait être ainsi élucidée ; mais nous ne pouvons que donner quelques raisons tirées de la Clinique qui

(1) *Revue de méd. et de chir.*, 1887, p. 615.

nous font envisager l'avortement provoqué comme un pis-aller dans les cas où l'intervention chirurgicale n'est pas possible.

Conseillé par Ashwell, Barnes, il est rejeté par Depaul, Ingleby, West, Guéniot, etc. (1).

Tout d'abord, de même que les autres opérations, l'avortement ne devra être provoqué qu'en présence de complications graves. Il ne sera possible que si le bassin n'est pas assez rempli pour empêcher le passage du fœtus ; dans la plupart des observations consignées dans nos tableaux, où l'on pratiqua l'amputation supra-vaginale, la filière pelvienne était complètement obstruée. Il faut, en outre, que le col soit facilement accessible : cette condition faisait défaut dans l'observation de Fibbi, dans le cas de M. le professeur Herrgott et dans celui qui nous a été communiqué par M. le professeur agrégé Vautrin. Dans ce dernier, le col était refoulé derrière le pubis et n'aurait pas permis l'introduction d'une sonde ou d'un ballon de Tarnier, par exemple. Pour la myomectomie ou l'amputation supra-vaginale, le chirurgien pourra bien plus facilement, en s'entourant des précautions nécessaires, assurer l'asepsie du champ opératoire. L'avortement laisse après lui une plaie utérine de la largeur de l'insertion du placenta, à vaisseaux béants, un col plus ou moins contusionné par le passage du fœtus, constituant ainsi un excellent terrain pour les inoculations septiques. Grâce à la présence du

(1) Charpentier, *Traité pratique des accouchements*, Paris, 1890, T. II, p. 374.

fibrome, les contractions utérines sont peu intenses, l'involution se fait difficilement et produit des hémorrhagies ; sur ces caillots retenus dans la cavité utérine, véritables bouillons de culture, l'ensemencement sera facile, l'absorption des éléments microbiens se fera au niveau des vaisseaux béants et des parties contusionnées ; et la septicémie pourra s'établir.

Il peut se faire aussi (Gusserow) (1) qu'une portion du placenta soit retenue dans la cavité de la matrice, et, de même que les caillots, pourra jouer le rôle de terrain de culture avec tous ses dangers d'infection. Admettons que l'avortement ait été possible et sans danger pour la mère, il supprime toujours la vie de l'enfant, et si l'existence de la mère est plus précieuse que celle d'un fœtus, il n'est pas permis à l'accoucheur de sacrifier une existence lorsque, par une intervention autorisée, il peut sauver à la fois et l'enfant et la mère.

Si la guérison en est la suite, il ne sera jamais qu'une opération palliative, et après l'accouchement, il peut se produire des accidents, tels que, par exemple, la gangrène de la tumeur, nécessitant l'intervention du chirurgien ou entraînant la mort de la femme. Meyer (2), entre autres, cite deux cas où la suppuration du fibrome produisit la septicémie et la mort de la femme.

(1) *Neubildungen des uterus*, Stuttgart, 1886.

(2) *Loc. cit.*

Si le chirurgien n'intervient pas, une nouvelle grossesse pourra mettre la femme dans les mêmes dangers que la première et la question, sans être résolue par l'avortement, n'en est que retardée. Nous citerons le cas de Schröder[61] qui pratiqua, en 1887, l'opération de Porro chez une femme chez laquelle on avait, dans une grossesse antérieure, provoqué l'avortement; Schröder, en présence des complications, fit l'ablation de l'utérus et des tumeurs.

On nous objectera que les opérations pratiquées sur la sphère génitale pendant la grossesse provoquent elles-mêmes l'avortement et que la femme sera exposée ainsi à deux traumatismes consécutifs. Mais nous répondrons que des cas qui tendent à se multiplier de jour en jour, prouvent que l'opération peut se faire sans qu'il y ait interruption de la grossesse; l'avortement consécutif à une intervention chirurgicale semble moins dangereux, parce qu'on n'a plus à redouter l'influence nocive de la tumeur qui est la cause de la non-involution de l'utérus, de la dilatation vasculaire qui, même à l'état normal, produit des hémorrhagies. Citons, à l'appui de ce fait, l'observation de Gusserow (1). Une femme de 27 ans, atteinte d'un myome sous-séreux volumineux, subit l'avortement provoqué d'un fœtus macéré au 4^e mois.

Le lendemain, 40 heures après la délivrance; la femme mourut d'hémorrhagie interne : à l'autopsie, on trouva la cavité abdominale remplie de sang ; on

(1) *Neubildungen des utérus*, Stuttgart, 1886.

constata l'existence de larges veines sous-séreuses percées de petits trous de la grosseur d'une tête d'épingle : l'hémorrhagie mortelle avait pris naissance à ce niveau.

La myomotomie a pour but d'enlever la tumeur fibreuse de l'utérus, en laissant celui-ci en place dans la cavité abdominale. La myomotomie abdominale consiste à pratiquer l'ablation, après ouverture de la paroi, d'une tumeur fibreuse : elle laisse à sa suite un pédicule plus ou moins large, dans lequel on trouve la séreuse, le tissu composant le fibrome lui-même et de larges vaisseaux dilatés. C'est l'opération de choix quand les tumeurs sont uniques ou peu nombreuses. Disons quelques mots des différents procédés :

L'utérus étant mis à découvert par l'incision de la paroi abdominale, si le pédicule présente une longueur suffisante et n'est pas trop volumineux, on peut faire la section du pédicule au-dessus d'une ligature. D'après Olshausen (1), il faut, pour pouvoir employer ce procédé, que le pédicule ait au moins une longueur de 1 cent. 5 à 2 cent. 5. Si le pédicule est large, certains opérateurs préfèrent le transpercer avec une aiguille de Péan portant un fil double et le lier en deux moitiés : la ligature élastique permettra d'opérer des tumeurs à large base d'implantation. Ainsi, dans l'observation de Routier [16], le pédicule atteignait le volume du poing. Dans le cas de Terrier [22], il mesurait 4 centimètres en diamètre.

(1) *Deutsche : Zeitsch. für Chir.*, 1881, p. 171.

On pourra, dans le cas de pédicule trop volumineux, employer le procédé de Schröder, décrit par Martin (1). On divise le pédicule par une section cunéiforme, après avoir lié provisoirement les portions environnantes du corps utérin ; puis on applique d'abord des fils profonds embrassant toute la surface saignante, et on rapproche intimement les lèvres de la plaie ; puis, entre les sutures profondes, on en pose d'autres superficielles qui assurent la réunion exacte des bords de la section péritonéale.

Après avoir fait la toilette de la séreuse d'après les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse, on referme la cavité abdominale.

Opérant sur un utérus gravide, le chirurgien aura souvent une grande difficulté à assurer l'hémostase. Routier (2), dans la relation de son opération, dit que « chaque piqûre d'aiguille était une nouvelle source d'hémorrhagie ». Cependant, comme le fait remarquer Zaborowski (3), on peut toujours en avoir raison par des sutures multiples et bien serrées.

Quelques opérateurs complètent l'opération par la résection d'une partie de l'épiploon et la cautérisation du pédicule au thermo-cautère.

Parfois l'intervention sera rendue plus délicate par les adhérences que la tumeur aura contractées avec les

(1) *Traité clinique des maladies des femmes* (Paris, Steinheil, 1889, p. 338.

(2) *Annales de Gynéc.*, mars 1890.

(3) *Th.*, Paris, 1891, p. 22.

intestins, l'épiploon ou le pourtour du bassin (Thornton [2], Terrier [22], Studsgaard [6], Schroeder [3].

Si la tumeur est sessile, elle pourra dans certains cas être enlevée par énucléation (Martin [11], Ogden [14], Gordon [17], Gusserow [21].

Si le fibrome est peu volumineux, dit Vautrin (4), on fait à sa surface une incision intéressant les parties qui la recouvrent jusqu'à ce qu'on arrive sur le tissu blanc et dur, caractéristique des corps fibreux : à ce moment on cherche à décortiquer à l'aide d'un corps mousse en rompant les adhérences et les vaisseaux. Pour éviter l'hémorrhagie, on pourra employer la ligature élastique temporaire.

Si le volume de la tumeur est trop considérable et si elle fait saillie au-dessus de la paroi utérine, on se contente, d'après Schroeder (2), de faire une section circulaire un peu au-dessus de la base de la tumeur et c'est dans cette plaie linéaire que le doigt cherche à décoller la capsule.

Parfois, d'après ce même auteur, si la brèche ainsi créée est peu considérable, les contractions de la matrice suffisent pour produire l'hémostase ; mais il sera plus sûr, surtout si la cavité est assez grande, de suturer les bords de la plaie pour empêcher l'hémorrhagie.

La principale complication qui pourra se produire sera l'avortement : aussi, sur les 22 cas que nous citons, il y eut 9 fois expulsion prématurée du fœtus,

(1) *Th. agrég.*, Paris, 1886, p. 139.

(2) *Krankh. der Weibl. Sex, Org.*, Leipzig, 1884.

mais 2 fois seulement l'avortement entraîna la mort de l'opérée : ce qui donne un chiffre de 22 0/0 de mortalité pour les cas où il y eut interruption de la grossesse à la suite de l'intervention. L'avortement semble plus dangereux lorsque l'utérus n'est pas débarrassé de la tumeur. Ainsi, Lefour relève sur 227 cas de fibromes compliquant la grossesse, 39 avortements sans qu'il y ait eu opération, avec 14 morts, c'est-à-dire une mortalité de 39.4 0/0.

Si nous comparons les chiffres fournis par les myomectomies pratiquées en dehors de la grossesse, des mêmes opérations faites sur l'utérus gravide, nous voyons que la différence n'est pas considérable.

Hofmeier (1) donne une mortalité de 32 0/0 ; Gusserow (2) sur 64 cas compte 20 0/0 de morts, Sur les 32 cités par Vautrin (3), la mortalité est de 25 0/0. On voit que le chiffre de 22.7 0/0 que nous trouvons pour les 22 cas que nous avons cités se rapproche de ceux des différents auteurs, et que la myomectomie ne semble pas présenter plus de dangers sous l'influence de la gravidité. La mortalité ne pourra que diminuer avec les perfectionnements apportés à la chirurgie, comme le fait observer Martin (4) qui perdit plusieurs de ses opérées par septicémie à l'époque où l'usage de l'antisepsie était encore fort restreint à sa clinique.

Le nombre des fibroïdes exclut cette opération.

(1) *Die myomotomie*, Stuttgart, 1884.

(2) *Die Neubild. des uterus*, Stuttgart, 1886, p. 106.

(3). *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*, p. 339.

Bantock [33] fit l'amputation supra-vaginale chez une femme qui portait deux fibromes pédiculés. Dans le cas de More Madden [46], la même opération fut pratiquée pour 3 tumeurs du même genre. La largeur du pédicule sera de même une contre-indication à la myomectomie : on laissera un pédicule difficile à enserrer par la ligature et une plaie étendue pour laquelle l'asepsie sera difficile à obtenir. Les dangers consécutifs seront l'hémorrhagie et l'infection qu'une opération telle que l'hystérectomie abdominale pourra peut-être éviter.

Fancourt Barnes [47], après avoir enlevé un fibrome à pédicule très large, craignant qu'il ne survînt des complications à la suite de l'opération, amputa l'utérus après avoir extrait un fœtus de 5 mois. Lorsque la tumeur n'est pas pédiculée, sous-séreuse ou interstielle, mais qu'elle siège sur le corps de l'utérus et qu'elle peut être atteinte par la voie abdominale, qu'elle est unique, volumineuse ou non, la myomectomie est encore l'opération de choix et s'appellera alors énucléation. Il est vrai que pour beaucoup de tumeurs sous-séreuses sessiles, l'extraction à l'aide de pinces de Museux et l'introduction de broches a eu pour résultat de former un pédicule artificiel qu'on a pu enserrer par une ligature d'autant plus facilement que la tumeur, pendant la grossesse, est plus souple. Ainsi, dans le cas de Landau [5], il existait deux tumeurs sous-péritonéales. La grosse tumeur put être attirée par la pince de Museux, ce qui donna un pédicule très court.

Si ce pédicule artificiel n'a pu être produit, la tumeur utérine sera séparée du corps par énucléation ; si la

loge de la tumeur n'est pas trop large, si, à l'aide de sutures, même à plusieurs étages, cette plaie utérine peut être complètement affrontée, l'énucléation pourra être considérée comme une bonne opération ; mais la largeur de la plaie, la difficulté de l'affrontement, pourront occasionner des hémorrhagies. La profondeur sera une cause de réunion défectueuse, d'où espaces morts et dangers d'infection. La profondeur de la plaie exposera encore à l'ouverture de la cavité utérine, ou si celle-ci n'est pas ouverte, l'épaisseur de tissu séparant l'œuf de la plaie sera trop faible dans certains cas ; l'hémorrhagie, l'infection, l'ouverture de la cavité de l'utérus, sont des causes d'avortement et une contre-indication à la myomectomie. En présence de cas pareils, l'opérateur aura tout intérêt à faire l'amputation supra-vaginale. Autant que nous l'ont permis les ouvrages mis à notre disposition, nous avons cherché à avoir une statistique complète.

Nous avons pu rassembler 22 cas de myomectomie. Sur ces 22 cas, nous trouvons 5 morts et 17 guérisons. Donnons-en le pour cent, quoi qu'il ne puisse encore être très concluant avec un nombre aussi restreint de cas. Nous aurons une mortalité de 22,7 0/0, 77,3 0/0 de guérisons. Examinons les causes de mortalité. En 1874, Thornton [2] eut à déplorer un insuccès, mais doit-il être mis complètement sur le compte de l'intervention ? « On ne pensait pas, dit l'auteur, que la malade pût vivre jusqu'à l'époque de l'accouchement. » Sa santé était donc bien compromise, et c'était pour ainsi dire une opération *in extremis* qu'on eut à faire, car la malade avait déjà été au lit pendant 7 semaines ; au mois de décembre, elle n'était « qu'un

squelette » ; son pouls était tellement « rapide et irrégulier », que l'on craignait une issue fatale avant qu'il fût possible d'intervenir. Pendant l'opération, l'hémorrhagie fut considérable ; « on craignait pour les vaisseaux iliaques ». Après l'opération, grâce à une imprudence, la malade avorta ; la délivrance artificielle dut être pratiquée ; puis, enfin, des phénomènes d'obstruction intestinale apparaissent. La mort doit être attribuée non seulement à l'opération même, mais aussi aux différentes raisons énumérées.

Hégar [4] fit l'ablation d'un myome pédiculé volumineux, mais il était ramolli et enflammé ; l'asepsie abdominale, dans ces conditions, devait être difficile ; il s'en suivit une péritonite mortelle.

Une 3^e mort toute aussi instructive est celle de l'opérée de Martin [7]. L'opération était nécessaire : la dyspnée devenait intense ; on trouva une tumeur largement implantée sur le fond de l'utérus, et deux autres fibromes plus petits. L'excision du fibrome créa une brèche considérable nécessitant 12 sutures profondes et 10 sutures péritonéales ; il y eut une hémorrhagie assez grave pendant l'énucleation des
* petites tumeurs. Donc brèche considérable de l'utérus et hémorrhagie, deux causes d'expulsion du fœtus ; après l'expulsion, nouvelle hémorrhagie grave. Dans ces conditions, l'amputation supra-vaginale aurait certainement donné un meilleur résultat, et cette mort doit être toute entière imputée à l'opération même.

Martin cite un autre cas [11] où l'opération a pu donner le coup de fouet à l'affection préexistante, mais ne peut être accusée d'avoir causé la mort ; il

s'agit d'une malade chez laquelle on trouva à l'autopsie des abcès tuberculeux périnéphrétiques. Le cas de Bidder [20], où la mort survint de même, peut être rapproché du précédent. A l'autopsie, on découvrit une dilatation des bassinets, une atrophie du rein et de l'hydronéphrose. La malade est morte de péritonite; mais l'élimination, plus difficile par les reins, des matières résorbées par le péritoine ne pourrait-elle pas être invoquée comme cause tout au moins adjuvante de la terminaison fatale.

En résumé, sur les 5 cas, une seule mort peut être directement attribuée à l'intervention; dans les 4 autres, les conditions défavorables dans lesquelles se trouvaient les malades, disculpent plus ou moins la myomotomie.

Les 17 guérisons se sont produites, la plupart sans incidents; les suites opératoires ont été simples, à part de temps à autre la formation d'un petit abcès à l'endroit d'une suture (Landau) [5]. Mais tantôt la femme avortait, tantôt la grossesse continuait son évolution. Sur les 17 cas de guérison, 10 accouchements à terme ont été observés et 7 avortements, ce qui donne une proportion de 43,4 0/0 • d'enfants sauvés sur les 22 cas cités. L'époque à laquelle l'opération a été faite pour ces 10 accouchements à terme varie entre 16 semaines et 5 mois; pour les 7 avortements, entre le 3^e et le 7^e mois; une fois (cas d'Ogden) [14], l'époque de la grossesse n'est pas indiquée. Quoique notre tableau donne des avortements, surtout au 3^e mois, ce n'est pas à l'époque qu'il faudrait attribuer la terminaison défavorable.

Nous lisons dans Verneuil (1), que « les blessures
« possèdent le maximum d'inocuité dans l'ordre sui-
« vant : 5^e, 9^e, 7^e, 6^e, 4^e, 8^e, 3^e, 2^e mois, que l'avortement
« simple suit un autre ordre ayant son maximum au
« 2^e mois, puis décroissant dans les 3^e, 4^e, 8^e, 5^e, 9^e, 7^e,
« 6^e mois, que l'avortement, suivi de la mort de la
« mère, progresse ainsi : maximum, 3^e, 9^e, 4^e, 8^e, 6^e,
2^e, 5^e, 7^e. Massot ».

Malgré cette coïncidence, nous croyons qu'il faut rechercher la cause de l'avortement dans l'état général de la mère et dans l'opération elle-même. Le cas de Péan [1] et celui de Gusserow [21] ne nous laissent rien préjuger à ce sujet, mais dans le cas de Langenbuch [8], avant l'opération la mère eut des phénomènes d'oppression et de dyspnée menaçants, cause par conséquent de troubles de circulation du côté du placenta (Verneuil) ; en outre il existe 3 tumeurs et le pédicule de la plus volumineuse mesure la largeur de la main. Le traumatisme pour cet utérus gravide a donc dû être considérable après l'excision de ces 3 tumeurs et les troubles circulatoires du côté du placenta ont dû être plus marqués. De même pour le cas d'Ogden [14] où la tumeur était interstitielle et le cas de Martin [7] où il existait plusieurs myomes sous-séreux et interstitiels. Dans le cas de Homan [18] une ponction exploratrice avait été faite avant l'opération suivie même d'aliénation mentale : la femme fut opérée pendant cet état cérébral. Le repos après l'opéra-

(1) *Rev. de méd.*, 1877, p. 513.

tion dans ces conditions a dû être médiocrement observé. Quoi qu'il en soit, la question de la cause des avortements n'est pas résolue et d'autres observations sont nécessaires. Il ne sera pas question de myomectomie au moment de l'accouchement : en effet, c'est pour les tumeurs pédiculées ou à large base que la myomectomie est indiquée : elles sont rarement une cause de dystocie et le seraient-elles qu'au moment de l'accouchement la délivrance de la femme serait la première indication et toutes les autres considérations sont secondaires.

Il existe d'autres tumeurs fibreuses à évolution abdominale pour lesquelles la myomectomie ne peut être indiquée. Lorsque le corps de l'utérus sera farci de tumeurs, lorsque, si la tumeur est unique, l'énucléation en paraît impossible à cause de la largeur de la plaie pratiquée, ou de l'ouverture de la cavité utérine, on aura recours à l'amputation supra-vaginale. Bien des chirurgiens ont fait la laparotomie dans le but de pratiquer une myomectomie, mais devant la quantité de tumeurs, devant la largeur de leur base d'implantation, ils ont dû amputer l'utérus. D'autres après avoir énucléé leurs tumeurs, voyant l'utérus ouvert, ont fait l'amputation supra-vaginale, pensant avec raison que la vitalité du fœtus était compromise et que l'asepsie péritonéale était difficile. Ici encore nous nous baserons surtout sur les cas observés pour conclure. La littérature nous en donne 28 cas dont 17 guérisons et 11 morts d'où 60,7 0/0 de guérison et 39,3 0/0 de mortalité.

Vautrin (1) donne une mortalité oscillant entre 35 0/0 et 46 0/0 pour les hystérectomies sus-vaginales non compliquées de grossesse. Notre statistique ne s'éloigne pas de celle des hystérectomies pratiquées en dehors de la gravidité.

Nous citerons ici *in-extenso* une observation inédite qu'a bien voulu nous confier M. le professeur agrégé Vautrin :

OBSERVATION INÉDITE

Tumeur fibreuse compliquant la grossesse.

Hystérectomie supra-vaginale. — Mort.

M^{me} D..., 33 ans, mariée, mère de deux enfants bien portants.

Se présente au commencement de juillet 1887 à l'hôpital civil, se plaignant de fortes douleurs dans le ventre et se croyant enceinte : elle était accouchée deux fois dans de bonnes conditions. Les dernières règles datent du 1^{er} mai : depuis cette époque, elle avait éprouvé les malaises ordinaires de la grossesse : pas d'hémorrhagies. Dans le courant de juin, vives douleurs dans l'abdomen et une certaine difficulté de défécation ; en juillet, les douleurs augmentent d'intensité et obligent la malade de garder le lit.

A l'examen du ventre, on ne constate pas une augmentation de volume appréciable. A la palpation, on trouve dans la fosse

(1) *Loc. cit.*

iliaque gauche et jusqu'au milieu du détroit supérieur, une tumeur dure qui, en raison de son volume et de sa disposition ne me paraît pas être l'utérus.

Au toucher vaginal, on sent le col utérin déjeté en haut et en avant derrière le pubis : le doigt ne rencontre facilement que la lèvre postérieure du col. Dans le cul-de-sac postérieur on suit à travers les parties molles du bassin une tumeur assez volumineuse, à relief régulier, assez dure et semblant tenir à l'utérus.

Par le toucher rectal, on perçoit la même tumeur qui oblitère la lumière de l'intestin.

L'état général de la malade paraît assez bon, mais l'auscultation de la poitrine nous révèle les signes d'une tuberculose évidente au sommet du poumon droit avec foyers de ramollissement anciens ; on entend aussi des craquements à gauche.

Je renvoie la malade en lui recommandant de revenir de temps en temps.

A cette époque, je soupçonne déjà une grossesse compliquée de fibrome.

M^{me} D... revient à l'hôpital le 19 août, se plaignant de douleurs beaucoup plus fortes, pâle, défaite, ne mangeant plus ; il lui était impossible d'uriner et d'aller à la selle ; elle vomissait plusieurs fois par jour et présentait de la fièvre.

Je constatai à ce moment que la tumeur avait augmenté considérablement de volume depuis le dernier examen ; elle remonte dans le flanc gauche jusque vers la région rénale et dépasse l'ombilic vers la droite : elle est très dure et ne présente pas d'irrégularités. Dans le bassin, la lésion s'est aussi notablement accrue.

Le col utérin est rejeté en arrière du pubis au point que la lèvre postérieure est difficilement accessible. Le cul-de-sac postérieur est repoussé dans le canal vaginal au point d'en occuper la plus grande partie, par une tumeur remplissant tout le bassin ; cette tumeur paraît rénitente et moins dure que celle que l'on perçoit dans l'abdomen ; je constate une rectocèle commençante.

Par le rectum, on trouve cette même tumeur remplissant le cul-de-sac de Douglas et comprimant l'intestin au point d'empêcher le passage du doigt.

L'augmentation de volume si rapide de la tumeur, les symptômes de grossesse annoncés et bien appréciés par la malade, l'hypertrophie mammaire et la sécrétion lactée me font croire de plus en plus à une grossesse. M. le Professeur agrégé Remy, qui veut bien examiner la malade, partage mon idée : cependant, on ne perçoit de battements en aucun point de l'hypogastre, là où l'on croit sentir l'utérus. Nous pensions, en effet, que la tumeur abdominale n'était autre que l'utérus et que le fibrome se développait dans le cul-de-sac de Douglas.

La vessie était fortement comprimée, puisque la miction spontanée était devenue impossible : le cathétérisme ne pouvait être pratiqué qu'à l'aide d'une sonde molle qui pouvait être introduite jusqu'à 5 centimètres de l'ombilic. Le réservoir urinaire avait donc été entraîné par le développement de l'appareil utérin.

La défécation n'était plus possible qu'à l'aide de purgatifs. Je mets la malade en observation pendant quelques jours, durant lesquels le cathétérisme vésical est fait plusieurs fois par jour ; des purgatifs quotidiens sont administrés. La malade garde le lit et ne peut prendre aucune nourriture ; d'ailleurs, les vomissements bilieux se succèdent avec une fréquence variable. La patiente se plaint de souffrances continues très vives dans l'abdomen et de véritables douleurs d'expulsion dans le bas-ventre. Le ventre est uniformément sensible à la pression ; pas de sommeil, fièvre assez vive. Traitement : repos au lit, potion calmante contre les vomissements, lavements laudanisés, médication fébrifuge.

Au bout de 4 jours, il semble y avoir un peu de sédation dans les souffrances, les douleurs d'expulsion disparaissent et les symptômes abdominaux s'amendent.

J'essaie alors de pratiquer le désenclavement de la tumeur pelvienne ; la malade est placée sur les coudes et les genoux

pendant 12 heures; deux tentatives faites pour repousser la tumeur à l'aide de pressions par le vagin et le rectum, n'amènent aucune amélioration, et la patiente en est très fatiguée.

Concevant des doutes au sujet de la tumeur abdominale qui me paraissait plus molle qu'au début et qui d'ailleurs ne présentait en aucun point de battements fœtaux, je pratique une ponction : le trocart pénètre dans un fibrome dur. J'arrive alors au diagnostic probable de tumeur abdominale développée au-dessus d'un utérus gravide, empêchant le développement de ce dernier, et je pense qu'il pourrait bien exister une autre tumeur faisant saillie dans le pelvis. La grossesse me paraît presque certaine; il est évident que l'accouchement spontané est impossible; l'avortement ne peut être provoqué puisque le col est caché derrière le pubis. Les troubles actuels font renoncer à l'espoir d'attendre le terme de la grossesse. La malade, d'ailleurs, sollicite ardemment un terme à ses souffrances : je me décide à faire la laparotomie en réservant d'apprécier l'utilité d'une ablation totale de l'utérus et du fibrome, ou de l'extirpation du fibrome seul, suivant les indications.

Opération le 27 août en présence de MM. les professeurs agrégés Rohmer et Remy qui ont bien voulu m'assister; la chloroformisation est faite par M. Adam, interne du service.

Incision de 20 centimètres sur la ligne médiane; cette incision ne descend qu'à 5 centimètres du pubis à cause du soulèvement de la vessie. J'arrive sur une tumeur lisse, fibreuse, beaucoup moins dure que les fibromes ordinaires, remplissant tout l'hypochondre gauche et s'étendant un peu à droite de la ligne médiane : contre le fibrome est appliquée la vessie; le péritoine est uniformément rouge, très congestionné.

Je cherche à délimiter la tumeur et à me rendre compte de la situation de l'utérus. Passant la main sur la partie antéro latérale gauche du fibrome du haut en bas, je ne tarde pas à sentir au niveau du détroit supérieur un sillon qui partage la masse formée par la tumeur et l'utérus en deux lobes. Le lobe inférieur qui n'est

autre chose que la matrice remplit tout le pelvis au point qu'il est difficile de passer l'extrémité des doigts entre elle et la paroi du bassin. Je cherche à désenclaver l'utérus gravide que je reconnais à une sensation particulière de mollesse et aux parties dures qu'il contient. Le désenclavement ne peut être obtenu que grâce à un aide qui refoule par le rectum la partie incarcérée. Je constate que l'utérus seul occupait le bassin et qu'il n'existait pas d'autre tumeur. Le fibrome s'était développé aux dépens de la face antéro-latérale. En présence de cet état de choses il était impossible de faire l'ablation du fibrome sessile en respectant l'utérus. Je songeai donc à pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale.

Je décollai la vessie en avant de la tumeur, puis je passai un fil de fer au-dessous de l'utérus et autour du pédicule formé par les ligaments larges rendus extensibles et élastiques, mais aussi très vasculaires par la grossesse, puis je fis l'amputation au-dessus de la ligature. L'hémostase se trouve complète, je régularise le pédicule et le cautérise au chlorure de zinc ; suture du péritoine pariétal au-dessous du fil qui enserre le pédicule. Celui-ci est fixé par deux broches et amené à l'extérieur ; le ventre est fermé ensuite par deux plans de sutures.

Pansement iodoformé.

L'opération a duré 1 heure 12 : on a employé pour l'anesthésie 25 grammes de chloroforme.

Dans la journée la malade semble se remonter ; quelques nausées : douleurs assez vives dans le ventre. Gaz par l'anus, mictions spontanées et fréquentes.

Champagne. Thé au rhum ; le soir, injection de morphine.

Le lendemain matin pouls fréquent, la respiration est pressée. Ballonnement du ventre.

Dans la journée vomissements, pas de hoquet.

Eructations continuelles ; respiration courte et fréquente, début de péritonite. Vers trois heures du soir les symptômes s'aggravent ; je fais sauter quelques points de suture afin de jeter un

coup d'œil vers la partie inférieure de la cavité abdominale. Le péritoine est très rouge, les intestins distendus empêchent un examen complet ; j'aspire un peu de liquide dans le bassin, mais ce liquide ne me paraît pas de mauvaise nature. Je ponctionne l'intestin afin de diminuer le ballonnement et je referme le ventre. Deux lavements purgatifs sont administrés, mais l'état reste le même : la péritonite progresse durant la nuit et la malade meurt, le 29 août, à 5 heures du matin.

La famille refuse l'autorisation de faire l'autopsie.

L'utérus contenait un fœtus vivant de 4 mois ; le placenta était inséré sur la face antérieure de l'organe en partie sur la surface d'implantation de la tumeur ».

Cette observation présente plusieurs points intéressants, et, tout d'abord, le changement de position de l'utérus sous l'influence de la tumeur et les modifications dans les rapports de l'appareil urinaire qui ont compliqué l'opération. Les accidents de compression, l'état général de la malade n'ont pas permis d'attendre le terme normal de la grossesse ; les lésions manifestement tuberculeuses n'ont certes pas été sans exercer une influence notable sur le résultat malheureux de l'intervention. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être pratiquée. Peut-être eût-on constaté l'existence, à la suite de la compression de la vessie et de l'anurie, de lésions des reins, comme dans le cas de Bidder [20], où l'on découvrit, après la mort, une dilatation des bassinets avec atrophie rénale.

Sur les 28 utérus extirpés relatés dans nos observations, on a constaté 15 fois des fibromes multiples, 9 fois une tumeur unique, 4 fois les renseignements trouvés sont insuffisants. En présence de tumeurs multiples, il est certain que les auteurs se sont basés,

pour pratiquer l'amputation supra-vaginale, sur l'existence de la multiplicité des fibromes, dont l'énucléation un à un aurait donné une surface cruentée trop large, aurait augmenté la durée du traumatisme et compromis la vie de la mère. soit par le choc, soit par l'infection. Ils se sont donc décidés à sacrifier la vie du fœtus, avec l'espoir d'une gravidité ultérieure pour sauver l'existence de la mère. Parmi les fibromes uniques, nous en voyons de pédiculés, tels que celui qui est cité par Meredith [38], de Fancourt Barnes [47], de Bantock [33], mais ces tumeurs étaient fixées par un pédicule trop large et étaient volumineuses, allant jusqu'au poids de 7 kilog. (Bantock) [33]. Une indication d'hystérectomie supra-vaginale, quelle que soit la tumeur, volumineuse ou non, pédiculée ou sessile, unique ou entourée d'autres fibroïdes, est l'état de mort du fœtus. La myomectomie laisserait après elle un foyer d'infection pouvant retentir facilement sur le péritoine, et ne délivrerait pas la mère; à l'état normal, un fœtus mort peut rester pendant un temps assez long dans le sein de sa mère sans provoquer d'accidents; mais en sera-t-il de même lorsqu'on pratique une opération sur la zone génitale? L'opération césarienne enlève ce foyer nuisible à la mère, mais si, après l'intervention, la régression du fibrome ne se produit pas, si la tumeur seule provoque des accidents un certain temps ou même longtemps après la section césarienne, l'amputation supra-vaginale ou la myomectomie que l'on devra faire alors ne présenteront-elles pas plus de difficultés? En effet, il n'est pas toujours possible de refermer l'utérus, car l'adhérence du placenta, comme dans le cas de notre

maître M. le professeur Herrgott (1), oblige parfois de suturer la plaie utérine à la paroi abdominale. M. Herrgott dit, dans son travail, que, théoriquement, l'amputation supra-vaginale était indiquée chez sa malade, mais il pensait que l'état général défectueux dans lequel se trouvait la femme ne permettait pas une opération aussi grave.

L'amputation supra-vaginale présente, pendant la grossesse, moins de difficultés qu'en dehors de cet état. Hégar et Kaltenbach (2) et, après eux, Hofmeier (3) ont insisté sur ce fait. D'ailleurs, il suffit de voir une laparotomie faite pendant la grossesse pour s'en convaincre (Landau) (4). L'utérus précède davantage de la cavité pelvienne, et avec lui la tumeur ; il se laisse attirer facilement dans le champ opératoire, et sa souplesse permet la ligature ou la suture d'une façon plus aisée que si l'on avait affaire à un organe non gravide.

L'opération se fera donc plus sûrement et plus rapidement, et on n'aura pas à tenir compte de l'état de la cavité utérine, qu'elle contienne ou non un œuf, puisque ce dernier est enlevé et ne pourra pas avoir d'influence sur les suites opératoires, si l'on a bien soin d'éloigner tout débris de membranes ou tout le liquide amniotique qui pourrait infecter le péritoine.

Cependant l'état de gravidité, en facilitant l'opéra-

(1) *Annales de Gynécologie*, 1889.

(2) *Die operat. Gynaek.*, 1886.

(3) *Die Myomotomie*, Stuttgart, 1884.

(4) *Sammlung : Klin Vorträge*, mai 1891, n° 26.

tion, crée des complications dont il faut tenir compte.

La dilatation énorme des vaisseaux utérins rendra l'hémostase plus difficile et pourra exposer à des ruptures pendant la ligature. Avec la tumeur et le fœtus, on enlèvera à l'opérée une quantité énorme de sang et, à cause du volume même des vaisseaux sanguins, on s'exposera à la thrombose avec les conséquences fâcheuses qu'elle peut entraîner.

Ce qui passionne encore les chirurgiens, c'est le traitement du pédicule après l'hystérectomie sus-vaginale. L'idéal est certainement l'opération avec pédicule perdu ; mais la crainte de perdre l'opérée, à cause de l'infection péritonéale par le reste de la muqueuse utérine abandonnée dans le ventre, a fait hésiter bien des opérateurs.

Ils attirent alors le pédicule à l'angle inférieur de la plaie et l'y suturent. Cette seconde méthode, plus prudente, a aussi ses inconvénients : le long du pédicule l'infection peut se faire et arriver jusqu'au péritoine. Nussbaum (1) conseille, surtout dans les cas où la tumeur est en voie de décomposition, de ne pratiquer l'ablation qu'après avoir suturé la cavité péritonéale au-dessous du myome. Les statistiques n'ont pas permis de porter un jugement définitif. Sur les 28 cas cités dans nos tableaux, 8 fois le pédicule a été abandonné dans le ventre et 13 fois on a choisi le traitement extra-péritonéal ; 7 fois le traitement du pédicule n'est pas indiqué. 3 morts sont survenues après le trai-

(1) Hofmeier, *Manuel de Gyn. opér.*, Paris, Steinheil, 1899, p. 277.

tement intra-péritonéal, 4 après le traitement extra-péritonéal, ce qui fait une mortalité de 37.5 0/0 pour le traitement intra, et 30.7 0/0 dans le traitement extra-péritonéal. Ce qui nous rapproche sensiblement de la statistique de Vautrin, qui donne 33.7 0/0 de décès pour le traitement extra et 42.8 0/0 pour le traitement intra-péritonéal. Si des cas plus nombreux viennent confirmer cette statistique, nous aurons une preuve de plus que la grossesse n'influe pas sur la mortalité de l'hystérectomie supra-vaginale. Sans doute Martin (1) a pratiqué l'hystérectomie sus-vaginale, puis a extirpé le col en faisant deux pédicules latéraux contenant les vaisseaux des ligaments larges. Cette opération n'a pas encore été répétée depuis, et il est difficile de tirer des conclusions d'une seule opération.

II. — FIBROMES A ÉVOLUTION PELVIENNE.

Ces tumeurs se divisent en myomes du segment inférieur du corps de l'utérus et en myomes du col, qui se développeront tantôt au-dessus, tantôt dans le vagin même. Le traitement sera différent suivant le siège de ces fibromes. Il est rare d'observer des tumeurs à évolution pelvienne prenant leur origine à la paroi antérieure de l'utérus ; les tumeurs rétro-utérines sont

(1) *Centr. fur Gyn.*, 1889, N° 40.

bien plus fréquentes. D'après Landau (1), la grossesse est rare lorsque l'utérus est atteint d'un de ces fibromes ; d'ailleurs, il n'appuie cette opinion sur aucune statistique.

A. — *Tumeurs extra-vaginales.*

Les tumeurs à évolution extra-vaginale se développent sous le péritoine, creusant leur lit dans le tissu cellulaire du bassin et comprimant ainsi tous les organes voisins : elles ne sont pas, le plus souvent, une cause de complications pendant la grossesse. Prenant leur insertion au niveau du col ou près de lui, elles laissent l'utérus se développer librement vers l'abdomen ; ce n'est qu'au terme de la gestation qu'elles sont parfois un obstacle au passage du fœtus ; c'est alors surtout que le traitement doit être dirigé contre eux. Si elles provoquent des complications pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement, la première indication sera d'essayer de les refouler dans l'intervalle des contractions : cette opération sera facilitée par l'assouplissement de la tumeur pendant la grossesse, et pourra, dans quelques cas heureux, éviter une opération dangereuse.

Il peut se faire que la tumeur résiste à toute tenta-

(1) *Sammlung Klin Vorträge*, 1891.

tive de désenclavement, qu'elle soit comme coulée dans le bassin ; il ne sera plus question de myomec-tomie ni d'hystéro-myomotomie supra-vaginale. Pestalozza parle de l'énucléation par le vagin, mais c'est pour critiquer cette manière d'agir à cause de la difficulté que présente cette énucléation, surtout pendant l'accouchement, la main seule devant agir sans le secours de la vue ; il pense avec raison qu'il est toujours dangereux d'abandonner une énucléation non terminée pour recourir à une autre méthode. Malgré cette critique, il cite quelques cas heureux (Munde, Day, Lomer, Sydney Turner).

Si l'enfant est mort et si la tumeur permet l'introduction de la main dans la cavité utérine, on pourra extraire immédiatement le fœtus ; si l'obstacle est trop considérable pour le passage de la tête fœtale, on pourra recourir à l'embryotomie.

Si l'enfant est vivant, tout, dans l'opération à faire, devra contribuer à conserver son existence, sans nuire toutefois à la vie maternelle.

Dans certains cas le forceps, dans d'autres cas la version, ont réussi. De ces deux méthodes, Depaul préfère le forceps, à cause du danger de rupture de l'utérus pendant la version. Tarnier incline pour la version, parce que la main introduite dans l'utérus prépare la réduction de la tumeur, réduction qui se continue par le passage des parties fœtales, de plus en plus volumineuses, et peut permettre l'extraction de la tête. Les statistiques de Susserott et de Lefour donnent l'avantage au forceps.

Il peut se faire que le bassin tout entier soit obstrué par le fibrome : sa réduction a été impossible, la main

n'a pu pénétrer dans la cavité utérine, et l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

Il ne restera plus, pour délivrer la mère, qu'à pratiquer l'opération césarienne, suivie ou non de l'amputation de l'utérus.

Dans le traitement des myomes à évolution abdominale, nous avons à peine effleuré la question de l'opération césarienne, car il nous a paru plus rationnel d'enlever le myome sans l'utérus gravide lorsque la chose était possible, ou bien d'enlever la tumeur en même temps que l'utérus. Mais nous avons affaire ici à des fibromes siégeant profondément, peu ou point mobiles, difficilement énucléables ; il faudra parfois se résoudre à les laisser en place, ouvrir l'utérus et extraire l'enfant. L'on ne peut se faire illusion sur les dangers de cette opération ; mais c'est la seule à laquelle on puisse avoir recours dans les cas cités plus haut. La statistique de Lefour nous donne une mortalité de 81,5 0/0 et 18,5 0/0 de guérisons ; notre statistique portant sur les cas réunis depuis 1876 comprend 19 cas, dont 12 morts et 7 guérisons, d'où 63,1 0/0 de mortalité et 36,9 0/0 de succès. Nous ne pouvons attribuer cette différence qu'au perfectionnement opératoire et à la méthode antiseptique employée depuis cette époque. Les causes d'insuccès les plus fréquentes sont la rétention du placenta, l'inertie de l'utérus, provoquant les hémorrhagies après le décollement placentaire, et aussi la difficulté de l'hémostase observée pendant la suture de la plaie utérine.

M. le professeur Herrgott (1) a obvié à ces dangers

(1) *Ann. de gyn.*, 1889.

en modifiant ingénieusement le procédé opératoire.

« Après la section césarienne et l'extraction de l'enfant, dit notre maître, la contractilité utérine faisait entièrement défaut, l'utérus restait inerte, et les parois ne revenaient que très faiblement sur elles-mêmes. Le placenta inséré sur le côté gauche était complètement adhérent.

» En présence de cet état de choses, que devions-nous faire ?

» Pratiquer artificiellement la délivrance, décoller un placenta adhérent à une paroi malade, incapable de se contracter, c'eût été exposer notre malade à tous les dangers d'une hémorrhagie formidable qui l'aurait fait succomber en quelques instants.

» Enlever l'utérus avec la tumeur, c'était, théoriquement, le procédé qui pouvait sembler indiqué au premier abord ; Mme E... aurait été à la fois délivrée de sa tumeur et aurait évité les dangers d'un décollement placentaire fait dans de si déplorables conditions ; mais elle était dans un tel état d'épuisement, qu'elle était incapable de résister à une pareille opération. Elle aurait succombé certainement au traumatisme, qui eût été extrêmement considérable, en admettant même qu'on fût parvenu à désenclaver la tumeur et à la libérer des adhérences qui existaient surtout à gauche.

» Ne pouvant ni décoller le placenta, en raison de l'inertie absolue de l'utérus, ni enlever cet organe à cause de la tumeur volumineuse qui obstrue l'excavation, je pense qu'il est indiqué de suturer les bords de la plaie utérine aux bords de la plaie abdominale, de laisser le placenta en place et d'attendre qu'il se décolle spontanément. »

Par ce procédé, en employant les irrigations de naphтол β et en laissant une certaine quantité de liquide antiseptique dans l'utérus, M. le professeur Herrgott put, le 13^e jour, retirer un fragment de placenta. Les jours suivants, au moyen de la main plongée dans la solution de naphтол baignant l'utérus, il arriva à extraire, par une véritable *pêche placentaire*, tous les lambeaux les uns après les autres, et Mme E... quitta la Maternité, complètement rétablie, 9 semaines après l'opération.

Dans les 19 opérations citées, les chirurgiens se trouvaient en présence de tumeurs remplissant le bassin : aussi, l'énucléation de ces tumeurs n'a été faite que trois fois : dans un cas, par Bailey [81] dans un autre, par Jay [84], à cause d'un accident opératoire ; dans l'incision de l'utérus, ces chirurgiens avaient sectionné des tumeurs fibreuses et les ont énucléées consécutivement. Braun [82], connaissant le fait de Bailey, après la section césarienne, fait délibérément l'excision d'une tumeur fibreuse obstruant le bassin et l'ablation d'un autre fibrome pédiculé. L'opération césarienne n'a pour but que d'extraire un enfant vivant et n'agit en aucune façon sur la tumeur, à moins que l'opérateur ne la complète comme nous venons de le dire. Mais nous avons dit aussi que grâce au siège et au peu de mobilité du myome, le procédé de Braun ne pouvait toujours être appliqué, et, cependant, si la régression ne se produit pas après l'extraction de l'enfant, il peut persister des complications du côté des organes situés dans le bassin ; pour amener plus sûrement la diminution

de la tumeur, Sanger (1) conseille de compléter l'opération césarienne par la castration : cette dernière est acceptée par beaucoup de chirurgiens pour provoquer la régression d'une tumeur fibreuse inopérable. Mais cette opération complémentaire dépendra surtout de l'état général de l'opérée. L'opération césarienne étant pratiquée, au moment de l'accouchement, après une longue attente et un travail pénible, devra être, le plus souvent, terminée rapidement dans l'intérêt de l'opérée, et la castration sera réservée pour le cas où des accidents ultérieurs seraient provoqués par la tumeur.

Au moment de l'accouchement, on a dû, dans certaines circonstances, enlever l'utérus en laissant le myome ; dans d'autres circonstances, la tumeur a pu être enlevée avec l'utérus, c'est ce qu'on est convenu d'appeler l'opération de Porro : ce qui revient à dire que l'opération de Porro, au moment de l'accouchement, a été pratiquée pour des tumeurs à évolution différente, tantôt pelvienne, tantôt abdominale ; tantôt uniques, tantôt multiples. Elle a remplacé l'opération césarienne toutes les fois que le fœtus déjà mort dans la cavité utérine faisait craindre l'infection de l'opérée. Cette mort du fœtus a été constatée 4 fois sur les 19 cas que nous connaissons. D'autres fois, la crainte d'hémorragies placentaires, de rétention des lochies, ont fait préférer l'opération de Porro à l'opération césarienne ; dans d'autres cas encore, la tumeur pou-

(1) *Neue Beiträge zur Kaiserschnittsfrage*, Arch. für. Gyn., XXVI, p. 230.

vant être enlevée en même temps que l'utérus, ont plaidé en faveur de l'amputation de Porro. L'hystérectomie supra-vaginale au terme de la grossesse donne une mortalité de 52,6 0/0 et 47,4 0/0 de guérisons, ou encore 10 morts et 9 guérisons ; 5 enfants seulement ont survécu ; 6 fois le sort de l'enfant n'a pas été noté. Cette statistique est plus favorable à la mère que celle fournie par l'opération césarienne : l'opération prédispose beaucoup moins aux hémorrhagies et aux causes de septicémie ; elle est, en outre, plus avantageuse, puisqu'elle parvient parfois à débarrasser la malade de la tumeur qui produisait les complications.

B. — *Tumeurs intra-vaginales.*

Pour compléter le cadre de notre travail, il nous reste à parler des myomes à développement intra-vaginal, implantés sur le col utérin soit par un pédicule plus ou moins volumineux, soit par une large surface.

Ces tumeurs nécessiteront rarement une intervention active pendant la grossesse, et l'accoucheur pourra suivre ici la ligne générale de conduite que nous avons tracée : attendre en observant avec soin les phénomènes qui peuvent se produire. Cependant, les fibromes du col pourront, dans certains cas, et surtout par des hémorrhagies répétées qui affaiblissent la malade, nécessiter une opération.

Lefour rapporte 7 observations de polypes excisés pendant la grossesse : l'intervention était motivée par des hémorrhagies abondantes. Tous ces cas furent suivis de guérison, et 6 fois la grossesse évolua normalement ; dans un seul cas, il y eut avortement, mais sans conséquences fâcheuses pour la mère.

Pestalozza cite également 4 observations (Schroeder, Merriman, Felsenreich, Mayo Robson) où l'ablation de tumeurs fibreuses du col permit à l'accouchement d'arriver à terme.

Si la tumeur est nettement pédiculée et fait saillie dans le vagin, l'ablation sera facile et pourra être faite dès qu'on s'apercevra de sa présence, à cause des dangers d'avortement qu'elle occasionne. Mais il n'en sera pas de même pour une tumeur sessile et volumineuse, et on attendra autant que possible la fin de la grossesse. Cette ligne de conduite est nettement tracée par Schroeder (1) dans un cas qu'il observa. Il s'agit d'une femme enceinte de 3 mois qui présentait une tumeur volumineuse du col obstruant le bassin. Schroeder, voyant que cette tumeur ne produisait pas d'accidents dangereux, renvoya la femme en lui recommandant de revenir vers la fin de la grossesse. A cette époque, il énucléa le fibrome, qui remplissait tout le vagin. La cavité, fortement saignante, est rétrécie par quelques points de suture et tamponnée : 12 jours après, accouchement spontané.

(1) Langner : *Sammlung, Klin. Vortr.*, 1891.

Au moment de l'accouchement, si les tumeurs obstruant la filière pelvienne mettent obstacle à l'expulsion du produit de conception, ou bien si, par leur siège, elles empêchent la dilatation de se produire (Michelacci in Sécheyron), le chirurgien interviendra. Mais il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'un accouchement spontané par déplacement de la tumeur pendant le travail, et parfois aussi, grâce aux modifications intimes que la grossesse lui a fait subir, un fibrome qui semblait devoir être un obstacle absolu à l'accouchement se laissera distendre au moment du passage de l'enfant. Nous citerons ici une observation d'ablation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vautrin :

« Je fus appelé un jour, dans un village aux environs de Nancy, auprès d'une femme en travail, pour terminer l'accouchement. La sage-femme qui assistait la parturiente avait été fort étonnée de ne point sentir le col utérin ni la partie fœtale dans le segment inférieur de l'utérus. Comme les battements étaient parfaitement perceptibles, il n'y avait aucun doute sur la réalité d'une grossesse ; au moment de mon arrivée, et peut-être sous l'influence des explorations réitérées de la sage-femme, la poche des eaux venait de se rompre.

» Je pratique le toucher : mon doigt rencontre à une faible distance de la vulve une surface lisse dépressible remplissant tout à fait le canal génital. Après quelques recherches, mon doigt s'engage entre la paroi vaginale et cette surface lisse, dans un interstice remontant assez haut. Mon doigt peut circonscrire une tumeur distendant le vagin et remontant

probablement jusqu'au col. A l'aide d'une branche de forceps, j'attire légèrement en bas cette tumeur, et ma main, introduite dans le vagin, peut arriver jusqu'au col utérin, sur lequel la tumeur avait son point d'implantation. J'enlevai par morcellement la tumeur sans grande perte de sang, et, en moins d'un quart d'heure, j'eus sectionné le pédicule. Hémorrhagie presque nulle.

» L'accouchement se termina dans les conditions normales. — Enfant vivant.

» Injections antiseptiques régulières. Suite de couches normales. — 1888.»

Si l'enfant est mort, on pourra, en réduisant son volume par la céphalotripsie ou l'embryotomie, faciliter son expulsion.

Pour les polypes nettement pédiculés, l'ablation est facile par le bistouri ou les ciseaux, après ligature préalable.

Pour les fibromes sessiles, on pourra employer l'énucléation : si la tumeur est très volumineuse, elle pourra être divisée par le morcellement, d'après le procédé de Péan, sans hémorrhagie considérable, en laissant des pinces à demeure, comme le dit Secheyron (1), jusqu'à ce que la partie fœtale joue un rôle de compression.

L'accouchement étant achevé normalement ou aidé par des manœuvres obstétricales, doit-on intervenir pour débarrasser la femme de la tumeur ? L'ablation

(1) *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*, Paris, 1889, p. 190.

devra être faite chaque fois que, pendant l'accouchement, on est arrivé à produire des lésions même minimes de la tumeur. Si l'on songe aux accidents d'hémorrhagies (Weit, Breisky) (1) ou de gangrène de la tumeur avec septicémie (Porack) (2) qui peuvent survenir, on peut dire que l'intervention la plus radicale est à recommander comme présentant le moins de dangers pour la mère. Nous trouvons plusieurs faits dans la thèse de Saladin (3). M. le professeur A. Herrgott (4) eut l'occasion de pratiquer l'ablation d'un polype volumineux du col après l'accouchement. La tumeur, insérée sur la lèvre antérieure du col, avait été expulsée au devant du fœtus, et les médecins qui assistaient la parturiente, se croyant en présence d'une inversion irréductible de l'utérus, l'avaient envoyée à la Maternité de Nancy. M. Herrgott entoura d'un fil de fer le point d'implantation de la tumeur, et, à l'aide d'un serre-nœud, fit la section sans répandre une goutte de sang. Grâce à une antisepsie rigoureuse, la température, qui s'était élevée à 39°, redevint normale et l'accouchée s'en retourna, quelques jours après, parfaitement rétablie. La tumeur pesait 1,250 grammes.

Sécheyron (5) cite 28 observations d'ablation de fibromes du col avec 2 décès, dont l'un est dû à l'im-

(1) *Thèse*, Pestalozza.

(2) *Ibidem*.

(3) Saladin, *Th.*, Nancy, 1889.

(4) Herrgott, *Contribution à l'étude des polypes du col pendant l'accouchement*, Steinheil, 1889.

(5) *Loc. cit.*

prudence de la malade : devant une pareille statistique, il nous semble que l'accoucheur sera autorisé à intervenir radicalement. Nous trouvons dans les *Annales de Gynécologie* (1891) deux faits récents à l'appui de cette opinion.

« M. Houzel (1) (Boulogne-sur-Mer) rapporte une observation de myome utérin ayant amené l'avortement à 5 mois et demi. M. Houzel fit, sous le chloroforme, l'extraction de l'enfant, puis la délivrance artificielle, et constata l'existence d'un gros myome occupant le fond de l'utérus. Il se proposait de respecter, pour attaquer cette tumeur, la période puerpérale. Mais après 8 jours de bonne santé, des accidents septiques débutèrent, rebelles aux injections de sublimé. La main forcée, M. Houzel fit immédiatement l'énucléation vaginale du myome, mit dans l'utérus une mèche de naphtol camphré, dans le vagin un tamponnement au salol, et la guérison fut rapide. Cela prouve que la période puerpérale n'est plus, comme jadis, une contre-indication opératoire, si l'on a une antiseptie suffisante. »

Loviot (2) a enlevé par morcellement un corps fibreux un mois après l'accouchement. Le col était resté dilaté, et la femme présenta à plusieurs reprises des douleurs comme pour accoucher. Les fragments réunis pesaient 125 gr. Guérison. Les suites de couches avaient été compliquées par des accidents puerpéraux dus probablement à la présence de la tumeur.

(1) *Ann. de gynéc. et d'obst.*, août 1891, p. 149.

(2) *Ibid.*, p. 151.

D'après ces différentes considérations, l'on voit que, dans certains cas, les fibromes siégeant sur un utérus gravide permettent l'évolution normale de la grossesse ou ne créent que des complications relativement bénignes, mais il en est d'autres où, par les manifestations redoutables qu'ils engendrent, ils sont un danger non seulement pour le développement du produit de conception, mais même pour l'existence de la mère, et, dès lors, l'intervention chirurgicale sera légitimée.

Le chirurgien se guidera d'après les accidents qui se produiront, essayant d'abord d'aider la nature par des manœuvres non sanglantes. Si celles-ci sont insuffisantes, il se décidera à pratiquer, suivant le cas, l'une ou l'autre des opérations dont nous avons parlé. Il interviendra parfois durant le cours de la gestation, ou bien, si les circonstances l'y autorisent, il attendra, pour opérer, le terme de la grossesse.

MYOMECTOMIE PENDANT LA GROSSESSE

	OPÉRATEUR et LIEU DE PUBLICATION	DATE	EPOQUE de la GROSSESSE	NATURE de la TUMEUR	RÉSULTATS	
					GROSSESSE	MORT
1	Péan Leçons de clinique chirurgicale Paris, Baillière, 1876.	15 Décembre 1874.	5 mois.	Tumeur fibro-kystique colossale.	Avortement.	Guérison.
2	Thornton Obst. Transact. 1880, XXI, p. 163.	4 Juin 1879.	7 mois.	Tumeur pédiculée.		Mort.
3	Schröder Zeitsch. für Geb. V. 2, p. 394.	16 novembre 1879.	16 semaines.	Plusieurs myomes pédiculés.	A terme.	Guérison.
4	Hegar Operative Gynaek. Stuttgart 1881, p. 426.	Janvier 1880.	3 mois.	Myome pédiculé ramifié. Péritonite.		Mort.
5	L. Landau Berlin. Klin. Woch. 1883, p. 495.	31 Mars 1881.	3 mois.	Deux fibromes dont l'un volumineux.	A terme.	Guérison.
6	Studsgaard Hospitalet Tidende 1883, et Centr. for Gyn. 1883, n° 29, p. 449.	19 Décembre 1882.	3 mois 1/2.	Fibrome pédiculé.	A terme.	Guérison.
7	Martin Zeitsch. für Geb. (Gardes), XII, I, p. 108.	Mars 1881.	4 mois.	Fibromes multiples à large base.	Avortement.	Mort.
8	Langenbuch et Martin Deutsche med. Woch. 1889.	27 Juillet 1882.	4 mois.	Myome sous-séreux. Enneclation.	Avortement.	Guérison.
9	Braun Wien. med. Woch. 1884, n° 27, p. 883.	14 Novembre 1882.	3 mois.	2 myomes dont un de 7 kil.	Avortement.	Guérison.
10	Martin Zeitsch. für Geb. (Gardes), XX, I	2 Novembre 1883.	4 mois.	Fibrome sous-péritonéal. Extirpation.	A terme.	Guérison.

12	Idem. Kuhn <i>Th. Meyer, Zurich, p. 70.</i>	1886.	3-4 mois.	néphrite tuberculeuse. Enucleation	A terme.	Guerison.
13	Frommel <i>Jahresh. über Fortschritte der Geb. und Gyn. 1888. (Wiesbaden), p. 85.</i>	?	3 mois.	Fibrome pédiculé.	A terme.	Guerison.
14	Ogden <i>Canadian practitioner, et in Pozzi. Traité de Gynecol. Paris, 1890. p. 357.</i>	Avril 1888.	?	Fibrome ramoll. du volume d'une tête d'enfant.	Avortement.	Guerison.
15	Martin <i>Zeitsch. für Geb. u. Gynecol., XX-1, p. 108.</i>	7 Novembre 1888.	3 mois	Myome interstitiel. Enucleation. (Grossesse non diagnostiquée.)	Avortement.	Guerison.
16	Routier <i>Annales de Gynec., mars 1890.</i>	9 novembre 1889.	3 mois	Myome sous séreux.	A terme.	Guerison.
17	Gordon <i>Boston med. Journ. 1889 et Berl. Klin. Woch., 1889, p. 1079.</i>	17 Octobre 1889.	3 mois	Fibrome interstitiel. Enucleation.	A terme.	Guerison.
18	Homan <i>Boston soc. for méd. impr. 1889 et in Routier (loc. cit.).</i>	Decembre 1889.	3 mois	Myome pesant 15 livres anglaises.	Avortement.	Guerison.
19	Bergh <i>Hygiea bd. LI, 1889, n° 5, p. 292.</i>	1889.	4 mois.	Deux tumeurs dont une plus grosse que le poing.	A terme.	Guerison.
20	Bidder <i>Centr. für Gyn. 1889, n° 18, p. 317.</i>	1889.	4 mois.	Tumeur pédiculée.		Mort.
21	Gusseron <i>Ibid., n° 51, p. 881.</i>	Mai 1889.	6 mois.	Myome du ligament large. Enucleation.	Avortement.	Guerison.
22	Terrier <i>Th. Zabbarowski, Paris 1891, p. 25.</i>	Novembre 1890.	4 mois 1/2.	Fibrome pédiculé de la corne gauche de l'utérus.	A terme.	Guerison.

AMPUTATION SUPRA-VAGINALE PENDANT LA GROSSESSE

N°	AUTEUR et LIEU DE PUBLICATION	DATE	ÉPOQUE de la GROSSESSE	NATURE DE LA TUMEUR	RÉSULTATS
23	Barnes Obst. Trausact. XIX 1877, p. 278.	1877.	8 semaines.	Amputation d'un utérus myomateux remplissant la cavité pelvienne. — L'utérus était au centre de la tumeur et renfermait un embryon de 8 semaines.	Mort, 36 heures après l'opération.
24	Kaltenbach Centr. für Gyn. 1880, n° 45, p. 345.	2 Mars 1880.	4-5 mois.	Fibromes multiples dont un très volumineux à la partie supérieure gauche de l'utérus. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
25	Wasseige (Ibidem).	18 Mars 1880.	5 mois.	Tumeur du poids de 4,500 gr. Traitement extra-péritonéal.	Mort.
26	Nieberding (In Hegar und Kaltenbach), Die operat. Gynaek, 3e éd., p. 475.	1881.	4 mois.	Fibroïdes multiples.	Mort.
27	Thornton (Philippis, Brit. méd. journ.) 1888, n° 4434, p. 4334.	?	4 mois. 1/2.	Agglomération de fibromes dans le fond de l'utérus. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
28	Savage (Ibidem).	?	4 mois.	Tumeur fibreuse du côté droit de l'utérus. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
29	Schroeder Zeitsch. für Geb. 1886, XII, 2, p. 274.	1883.	3 mois.	Myomes sous-séreux multiples. Traitement intra-péritonéal.	Guérison.
30	Walter Centr. für Gyn. 1884, n° 8, p. 415.	1883.	?	Deux fibromes assez volumineux. Traitement extra-péritonéal. Péritonite.	Mort.
31	Schroeder Zeitsch. für Geb. 1886, XII, 2, p. 274.	1884.	3 mois.	Myomes sous-séreux et interstitiels. Traitement intra-péritonéal.	Guérison.
32	Bantock Amer. Journ. of. Obst., oct. 1887, p. 4055.	?	?	Tumeur fibre-kystique du poids de 7 kil. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
33	Bantock Brit. méd. Journ. 1888, (Philippis, n° 4434, p. 4334).	?	3 mois 1/2.	Deux tumeurs péliculaires. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
34	Bantock (Ibidem).	?	?	Fibromes multiples. Fœtus mort. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
35	Tauffer Centr. für Gyn. 1887, n° 8, p. 449.	5 Nov. 1885.	2 mois.	Fibrome à accroissement rapide. Incarcération. Myome du col. Traitement intra-péritonéal.	Guérison.

36	Paterson Centr. fur. Gyn. 1885, no 39, p. 622.	?	4 mois.	Tumeur fibreuse. Grossesse non diagnostiquée.	Guérison.
37	Martin Zeitsch. fur Geb. (Gordes) 1890, XX, 4, p. 408.	1885.	6 mois.	Myome volumineux. Fœtus mort.	Mort.
38	Meredith Am. Journ. of. Obst., sept. 1886, p. 923.	1886.	Gross. ignorée.	Tumeur sous-séreuse pédiculée. Ablation puis amputation. Traitement extra-péritonéal.	Mort.
39	Meredith Brit. med. Journ. (Phillips), 1888, no 4434, p. 1351.	1888.	4 mois.	Fibrome intersticiel. Grossesse gémellaire. Traitement extra-péritonéal.	Mort.
40	Martin Zeitsch. fur Geb. (Gordes), 1890, XX, 4, p. 408.	25 juin 1888.	3-4 mois.	Myome intersticiel.	Mort.
41	Martin (Ibidem), p. 409.	44 Nov. 1888.	4 mois.	Myomes multiples.	Guérison.
42	Karstroem Hygiea 1887 et Frommel's Jahresh. 1888, p. 86.	1885.	5 mois.	Myome intra-ligamentaire retro-péritonéal.	Guérison.
43	Vautrin (Inédite).	1887.	3 mois.	Fibrome volumineux de la partie antéro-latérale de l'utérus. Traitement extra-péritonéal.	Mort.
44	Fritsch Sammlung Klin. vortr., 1889, p. 339.	1889.	?	Fibromes disséminés dont l'un, par son accroissement rapide, comprime l'estomac. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
45	Kaltenbach Thèse Vogel (Giessen) et Frommel's Jahresh. 1888, p. 85.	?	3 mois.	Fibrome pesant 7 livres. Traitement extra-péritonéal.	Guérison.
46	More Madden The Lancet 1889, p. 274.	?	4 mois.	3 fibromes sous-séreux pédiculés, nodules disséminés.	Mort.
47	Fancourt Barnes Brit. Gyn. Journ., nov. 1889.	Mai 1889.	5 mois.	Laparotomie pour grossesse extra-utérine. On trouve un fibrome pédiculé. Amputation par crainte de complications. Traitement intra-péritonéal.	Guérison.
48	Freund In Pozzi. Traité de Gynécologie, Paris 1890, p. 358.	?	8 mois.	?	Guérison.
49	Wyder Centr. fur Schweitzer Aerzte 1890, no 4, p. 44.	1889.	3 mois.	Myomes multiples du volume du poing remontant jusqu'à l'ombilic; une tumeur grosse comme une tête d'enfant à la partie inférieure. Traitement intra-péritonéal.	Guérison.

OPÉRATION DE PORRO A LA FIN DE LA GROSSESSE.

N ^{os}	OPÉRATEUR et LIEU DE PUBLICATION	DATES	NATURE DE LA TUMEUR	RÉSULTATS	
				ENFANT	MÈRE
50	Storer The Journ. of. Gyn. of Boston 1869 et Arch. de Toccol. 1875, p. 642.	1869.	Tumeur fibro-kystique avec ramollissement central remplissant le bassin. Ablation de l'utérus et d'une partie de la tumeur.	?	Mort.
51	Tarnier Annales de Gynéc., août 1879, p. 81.	1879.	Tumeur remplissant l'excavation et refoulant l'utérus en haut et en avant; une autre tumeur à la partie latérale gauche. Fœtus putréfié. Septicémie.		Mort.
52	Agnew Ann. di Ostetricia 1883-84. (In These Pestalozza, Pavie 1890, p. 126).	1880.	Opération pendant le travail dans un accouchement prématuré.		Mort.
53	Zweifel Archiv. für Gyn. 1881, XVII p.	1880.	Enorme fibrome cervical.	Vivant.	Mort.
54	Cataliotti Stamperia militare. Palermo 1882 et. in Pestalozza (loc cit.).	1880.	Fibrome énorme empêchant l'accouchement ablation de l'utérus et de la tumeur.	Vivant.	Guérison.
55	Prochownick Ann. di. Ostetricia 1883-84. (In Pestalozza, loc. cit.).	1884.	Opération pendant le travail d'un accouchement prématuré. Septicémie.	?	Mort.
56	Fochier Arch. de Tocologie 1883. (Denarié, p. 340).	1883.	Fibrome volumineux au niveau du col. Ablation au dessus de la tumeur. Enfant mort. Régression de la tumeur.	Mort.	Guérison.
57	Russell Simpson Edimb. méd. Journ., XX, p. 9.	?	Fibrome du segment inférieur de l'utérus. Enfant mort.	Mort.	Mort.

59	Centr. fur Gyn. 1885, n° 22, p. 348. Fibbi	?	Fibrome remplissant le bassin. Opération le 4e jour du travail. Hémorrhagie par suite de la chute d'une ligature.	Mort.	Mort.
60	Ann. di Ost. 1885, n° 9-10, p. 430. (In <i>Th. Pestalozza loc. cit.</i>) Handfield Jones	1886.	Tumeur adhérente du segment postéro-inférieur de l'utérus.	?	Mort.
61	Obst. Transact. 1886, XXVII, p. 4. Schroeder	1887.	Avortement provoqué dans une grossesse antérieure. Opération après avoir essayé en vain de provoquer l'avortement dans la grossesse actuelle.	Vivant.	Guérison.
62	Centr. fur Gyn. 1887, p. 109. Klotz	1887.	Fibrome occupant tout le bassin. Occlusion intestinale. La femme se pend.	Vivant	Mort.
63	Centr. fur Gyn. 1887, p. 345. Spencer Wells	1887.	Tumeurs multiples occupant le bassin.	Vivant.	Guérison.
64	Brit. méd. Journ., 1887. Mixter	1888.	Fibromes multiples.	Vivant.	Guérison.
65	Boston Journ. 1888, nov. et Virchow's Jahresh. 1889. Bd II, p. 702. Von Ott	1888.	Tumeur adhérente remplissant le bassin. Ligature au-dessus du fibrome qui disparaît presque entièrement après l'opération.	?	Guérison.
66	Centr. fur Gyn. 1889, n° 48. p. 346. Sænger	1889.	Myomes multiples du corps et du col.	?	Guérison.
67	Centr. fur Gyn. 1890, n° 44, p. 170. Landau	1890.	Myome rétro-cervical et rétro-utérin. Tumeurs disséminées.	Vivant.	Guérison.
	Samml. Klin Vorträge, mai 1891, n° 26, p. 230.				

OPÉRATION CÉSARIENNE

Nos	OPÉRATEUR et LIEU DE PUBLICATION	DATE	NATURE DE LA TUMEUR	RÉSULTATS	
				ENFANT	MÈRE
68	Spiegelberg Lehrbuch für Ärzte. Lehr., 1881. p. 470.	1876.	Fibromes multiples remplissant le bassin. Hémorrhagies; collapsus.	Vivant.	Mort.
69	Olcott Centr. für Gyn. 1879, p. 384.	1879.	Myome remplissant le bassin. Tentatives inutiles d'application de forceps.	?	Guérison.
70	Slaviansky Ann. de Gynéc. Juillet 1884, p. 47.	1878.	Myome rétrocervical.	?	Mort.
71	Sænger Der Kaiserschnitt bei uterus fibromen (Leipzig 1882. W. Engelmann.)	1880.	Fibrome rétrocervical.	?	Guérison.
72	Baker Amer. Journ. of Obst. Juillet 1884, p. 896.	1880.	Tumeur remplissant complètement le bassin : une autre dans le fond de l'utérus.	Vivant.	Guérison.
73	Drysdale Arch. für Gyn. (Crédé), XX, p. 322.	1884.	Myome rétrocervical.	?	Mort.
74	Beumer Arch. für Gyn. (Saenger), XXVI, p. 230.	1882.	Fibrome rétrocervical.	?	Mort.
75	Léopold	?	Myome intra-utérin.	Vivant.	Guérison.

76	Kufferath Journ. de méd. de Bruxelles, avril 1886, p. 203.	1884.	Fibromes multiples dont l'un remplit le bassin.	Vivant.	Mort.
77	Parish Am. Journ. of Obst., oct. 1886, p. 1073.	1885.	Tumeur fibreuse occupant l'orifice interne et empêchant la dilatation.	Mort.	Mort.
78	Weist Arch. fur Gyn. (Crédé), XXX, p. 238	1885.	Myome rétrocervical.	Vivant.	Mort.
79	Drysdale Virchow's Jahreshb., 1888, II, p. 730.	?	Tumeur obstruant le bassin.	?	Mort.
80	Eichholtz Frommel's Jahreshb., 1887, p. 226.	1887.	Fibrome volumineux du col et de la paroi anté- rieure de l'utérus. Gangrène de la tumeur.	Mort.	Mort.
81	Bailey The Lancet, 1888, p. 949.	1887.	Fibrome volumineux remplissant le bassin. Petites tumeurs disséminées.	?	Mort.
82	Braun (Braun und Herzfeld. A. Holder. Wien, 1888.)	1888.	Tumeur fibreuse occupant le bassin. Ablation de cette tumeur pédiculée et énucléation d'un autre fibrome du fond de l'utérus.	Vivant.	Guérison.
83	Horrocks Obst. Transact. 1888, XXIX, p. 98.	1888.	Fibrome utérin.	?	Mort.
84	Jay The Am. Journal of. méd. sciences, 1888. Vol. XCVI, p. 465.	1887.	Opération césarienne pour bassin rachitique. On trouve des tumeurs fibreuses disséminées. Résec- tion partielle de l'utérus.	?	Guérison.
85	Aberdeen New. York méd. Journ. No 46, p. 256.	?	Tumeur pédiculée de l'utérus collapsus. Mort.	?	Mort.

CONCLUSIONS

1° Les fibromes utérins peuvent provoquer pendant la grossesse ou pendant l'accouchement des complications suffisamment graves pour nécessiter une intervention chirurgicale :

2° Pour les myomes à évolution abdominale, la myomectomie ou l'hystérectomie supra-vaginale pourront être indiquées ;

3° On choisira la myomectomie :

a) Lorsque la tumeur est sous-séreuse, unique et surtout pédiculée ;

b) Lorsque la tumeur est interstitielle, si la surface cruentée peut être facilement affrontée et n'ouvre pas la cavité utérine ;

4° L'avortement provoqué doit être rejeté ;

5° L'hystérectomie sus-vaginale pourra être pratiquée dans le cas de tumeurs volumineuses ou multiples ;

6° Pour les tumeurs à évolution pelvienne extra-va-

ginale, l'amputation supra-vaginale à la fin de la grossesse est l'opération de choix si l'accouchement est impossible par les voies naturelles ;

7° La section césarienne n'est indiquée que si l'amputation ne présente pas de chances de succès ;

8° Les fibromes à évolution intra-vaginale seront extirpés par le vagin soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement, par excision si la tumeur est peu volumineuse, par morcellement si son volume est trop considérable.

Vu :

Nancy, le 2 Novembre 1891,

Le Président de thèse,

A. HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 2 Novembre 1891,

Le Recteur,

E. MOURIN.



